



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Factores de riesgos psicosociales relacionados con la salud
mental (Trastorno de depresión mayor) y el entorno
organizacional con perspectiva sustentable**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestra en Administración
Campo de conocimiento: Sistemas de Salud

Presenta:
Lizbeth González Mérida

Tutor:
Dra. Lisette Farah Simón
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, Abril de 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Cursar la maestría fue una decisión inicialmente difícil en varios aspectos, hoy comprendo con claridad el desarrollo y amplitud mental que me ha proporcionado, permitiéndome progresar en el ámbito profesional y sin duda alguna en el personal.

Agradezco a mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, por la gran oportunidad que nos brinda para poder desarrollarnos profesionalmente, siempre estaré infinitamente agradecida por la influencia que ha tenido en mi desarrollo.

Agradezco a la Facultad de Contaduría y Administración por abrirme las puertas y con ello la oportunidad de fortalecer mis conocimientos y al Programa de Becas de la Coordinación General de Estudios de Posgrado (CGEP) por su apoyo durante este ciclo.

Agradezco a los docentes que brindan su tiempo, salud mental, dedicación demostrados y esfuerzo para compartir con nosotros un poco de su conocimiento e ímpetu por la vida y, en especial a la Doctora Lisette Farah y al Maestro José Silvestre Morales por ser una constante motivación durante este trayecto. Gracias a mis compañeros de clase, su amena compañía y apoyo emocional impulsaron este logro.

Reconozco el soporte emocional otorgado con constancia e incondicionalmente por mis mejores amigos, Lizzeth J.A, Natalia G.D. y Daniel S.B., En la misma magnitud, expreso mi gratitud hacia mi familia, porque sin su apoyo, acompañamiento y afecto brindados desde mi infancia no hubiera contado con los pilares para la consecución de lo que soy hoy en día.

ÍNDICE

RESUMEN CAPITULAR	5
Introducción	5
Marco de referencia.....	7
Método.....	7
Conclusiones	8
Referencias.....	8
Anexos.....	8
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	9
1 ANTECEDENTES	9
1.1 LA ADMINISTRACIÓN Y LAS ORGANIZACIONES.....	9
1.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	27
4. OBJETIVOS	27
Objetivos específicos.....	27
5. HIPÓTESIS	27
6. JUSTIFICACIÓN.....	28
CAPÍTULO 2 MARCO DE REFERENCIA	29
2 MARCO DE REFERENCIA	29
2.1 SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO	29
2.2 PROGRAMAS EN SALUD RELACIONADOS PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR	50
2.3 SATISFACCIÓN LABORAL	54
2.4 NORMA APLICATIVA EN LA ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR	57
2.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-STPS-2018 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO-IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y PREVENCIÓN.....	60
2.6 RELACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES, SATISFACCIÓN LABORAL Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DOCENTE	63
2.7 SUSTENTABILIDAD EN SALUD.....	64
CAPÍTULO 3 MÉTODO.....	70
1. Recursos materiales	70
2. Análisis de resultados.....	76

Conclusiones	91
Referencias.....	93
Anexos.....	100

RESUMEN CAPITULAR

Introducción

Antecedentes

En este capítulo se introduce a los antecedentes como las bases conceptuales de las organizaciones y de su teoría como sistema entendiendo a estas como una entidad que se interrelaciona para lograr un objetivo en común, mismo concepto que nos ayuda a considerar al Sistema de Salud como organización. Este análisis se vinculará con el estudio del Trastorno de Depresión Mayor (TDM) que en el año 2020 representa la primera causa a nivel mundial de discapacidad a nivel cognitivo y a pesar de la existencia de diversos tratamientos y programas que han mostrado resultados positivos, en México, es escaso el apoyo social y la falta de inclusión del tema en los espacios educativos, lo cual se ha reflejado en una inadecuada detección y control de dicho trastorno.

Planteamiento del problema

La Depresión es un grave problema de salud debido a los años perdidos por discapacidad cognitiva ocasionados, a nivel organizacional toma relevancia la edad de prevalencia, la cual se da en la etapa productiva de las personas, considerada por el INEGI a partir de los 15 años. Aunado a esto el acceso a servicios de salud y su detección temprana se ha convertido en la clave para que las personas se encuentren en buen estado de salud y esto influya de manera positiva en su productividad laboral y a su vez en el aspecto económico social, por lo que este estudio pretende analizar la influencia (positiva o negativa) que hay entre la relación de depresión y la satisfacción laboral y cómo estos se relacionan a su vez con los factores de riesgo psicosocial tratados en la nueva Norma Oficial Mexicana 035 (NOM 035); con los datos obtenidos se sugerirán propuestas con el fin de apoyar la implementación de la NOM 035 a nivel de organizaciones académicas y se alentará al cumplimiento de los Objetivos de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas para reducir la prevalencia de depresión.

Pregunta de investigación

¿Existe una relación entre la satisfacción laboral (intrínseca y extrínseca) y el trastorno de depresión mayor en los docentes mexicanos y cómo la atención de los factores de riesgo psicosocial impacta positivamente esta relación?

Objetivos

Se implementará una encuesta a personal docente a nivel de educación superior para determinar la existencia de una relación entre depresión y satisfacción laboral.

Objetivos específicos

- Conocer cuáles programas y medidas para la detección de TDM se encuentran disponibles en México.
- Identificar los objetivos de la Agenda 2030 que favorecen indirectamente a la disminución de la prevalencia del trastorno de depresión mayor.
- Determinar si la relación resultante del objetivo general se relaciona a su vez con los factores de riesgo psicosocial.
- Sugerir actividades que pueden implementar las organizaciones académicas con el fin de disminuir los factores de riesgo psicosocial.

Hipótesis

La depresión está relacionada con la satisfacción laboral en el personal docente y la implementación de estrategias que contemplen los factores de riesgo psicosocial favorecerá de manera positiva y significativa con el entorno organizacional.

Justificación

El trastorno de depresión mayor es una de las causas principales de años perdidos por discapacidad, actualmente, el trastorno de Depresión Mayor representa la principal enfermedad psiquiátrica en México, por otro lado, la satisfacción laboral es aquella percepción que tiene el trabajador sobre su entorno laboral el cuál en muchas ocasiones tiene repercusión sobre su productividad.

El análisis propuesto en esta tesis tiene como fin interpretar la relación que se encuentra entre la depresión y la perspectiva de satisfacción laboral en sus organizaciones aplicadas a personas dedicadas a la docencia para poder establecer

una implementación adecuada de la NOM 035, la cual está enfocada en promover un entorno organizacional favorable por medio de la detección y prevención de los factores de riesgo psicosociales.

Marco de referencia

Como primer enfoque se sintetiza a manera de otorgar un conocimiento general de la organización en salud en México, así como los distintos programas para la detección y atención del trastorno de depresión, y conocer cómo es que se implementan.

A continuación, contemplando que dentro de una organización los pilares en ella son las personas que la constituyen, se hablará sobre satisfacción laboral para posteriormente analizar la Norma Oficial Mexicana 035 (NOM 035), misma que en el año 2020 debe ser implementada de manera obligatoria por las organizaciones para la vigilancia de factores de riesgo psicosocial.

En un tercer punto tratare las bases de la sustentabilidad propuestas para el año 2030 y cómo el cumplimiento de algunos de los objetivos se relaciona indirectamente con la disminución de prevalencia de depresión en la población.

Método

Se realizará un estudio sobre el TDM y su relación con la satisfacción laboral a personal docente de instituciones de educación superior y con los resultados se valorará la existencia de relación con los factores psicosociales para aportar algunas estrategias en la implementación de la NOM 035 a nivel de organizaciones académicas.

El estudio se realizará en dos fases que constaran en búsqueda de información para identificar los datos de la depresión y su repercusión en la población mexicana y la realización de la encuesta de percepción a la población objetivo en instituciones académicas debido a la importancia y al impacto que trasciende de una adecuada salud mental relacionada con la percepción laboral.

Para la aplicación de la encuesta, se utilizarán test ya validados como el Inventario de depresión de Beck (BDI) para la identificación de síntomas de depresión, sin un fin diagnóstico y la Escala de satisfacción laboral la cuál evalúa el grado de bienestar psicológico con respecto a las actividades profesionales que realizan las personas encuestadas.

Una vez aplicada la encuesta se realizará un modelo de ecuación estructural, que nos permite probar la relación que hay entre las variables observadas para finalmente proponer las características principales con las que debe contar un programa para que genere influencia sobre la Agenda 2030 de manera positiva.

Conclusiones

Referencias

Anexos

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1 ANTECEDENTES

1.1 LA ADMINISTRACIÓN Y LAS ORGANIZACIONES

La administración ha sido practicada durante mucho tiempo como un medio donde mediante esfuerzos organizados se logra la coordinación de las personas para lograr un objetivo en común. A lo largo de la historia de la administración diferentes autores han dado alguna aportación relevante para las organizaciones, a continuación, se presentarán algunos de ellos para entrar en contexto.

En 1911 Frederick W. Taylor describe una teoría de la administración científica considerándose posteriormente como el padre de la administración científica (F. W. Taylor, 1911). Posteriormente entre los años 1916 – 1947 aparecen otros grandes autores como Henri Fayol, y Max Weber quienes analizaron las prácticas organizacionales, enfocándose en lo que los gerentes hacen mediante la implementación de una adecuada administración, dejando de lado solo la producción individual de trabajado como lo hizo Taylor, a esta teoría se le conoce como teoría administrativa general. Weber describe y analiza la burocracia, que considera como forma de una estructura organizacional ideal para las grandes organizaciones (M. Weber, 1947) y Fayol por su parte, presentó los 14 principios de la administración las cuales representan reglas fundamentales para la correcta aplicación en cualquier organización y son (Fayol, 1916):

1. División del trabajo. Este principio es el mismo que el de la “división del trabajo” de Adam Smith. Refiriéndose a que la especialización aumenta la producción haciendo a los empleados más eficientes.
2. Autoridad. Nos expone que los gerentes deben ser capaces de ejercer el mando. La autoridad es lo que les confiere este derecho. No obstante, siempre que se ejerza la autoridad también surge el aumento en la responsabilidad.
3. Disciplina. Los empleados deben obedecer y respetar las reglas que rigen la organización. La buena disciplina es resultado de un liderazgo eficaz, de una

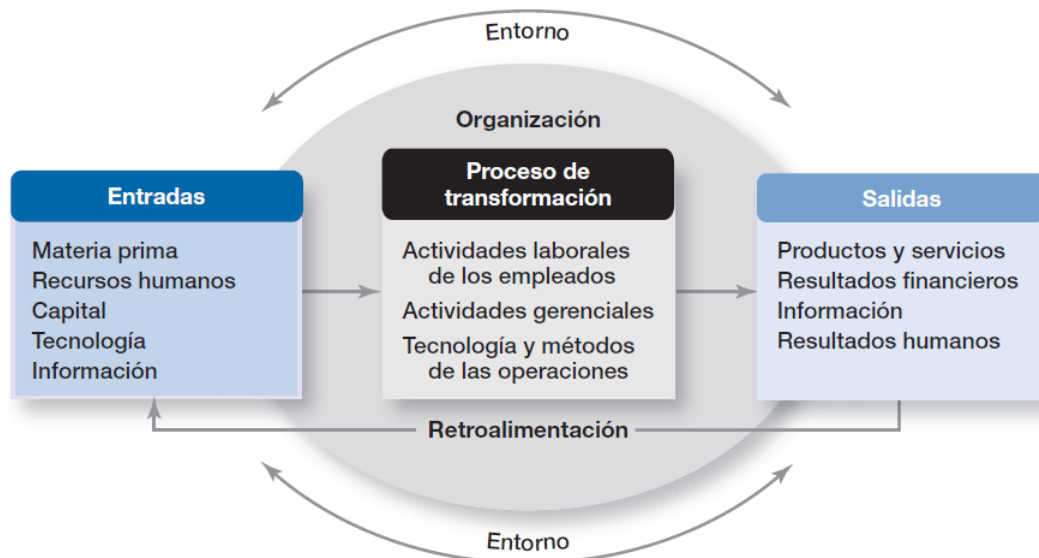
- comprensión clara de las reglas organizacionales entre la gerencia y los trabajadores, y del uso juicioso de las sanciones aplicables por infringir las reglas.
4. Unidad de mando. Cada empleado debe recibir órdenes de un solo superior.
 5. Unidad de dirección. Cada grupo de actividades organizacionales que tenga el mismo objetivo debe estar dirigido por un gerente que utilice un plan.
 6. Subordinación de los intereses individuales al interés general. El interés de un solo empleado o grupo de empleados no debe prevalecer sobre los intereses de la organización como un todo.
 7. Remuneración. Los trabajadores deben recibir una paga por sus servicios.
 8. Centralización. La centralización se refiere al grado de participación de los subordinados en la toma de decisiones. Si la toma de decisiones está centralizada (hacia la gerencia) o descentralizada (hacia los subordinados) es cuestión de ejercerla en una proporción adecuada. La tarea es encontrar el grado óptimo de centralización para cada situación.
 9. Cadena escalar. Está representada por la línea de autoridad que parte de la alta dirección hacia los niveles más bajos. Las comunicaciones deben seguir esta cadena. No obstante, si seguir la cadena crea retrasos, se puede permitir la comunicación cruzada si es que todas las partes están de acuerdo y se mantiene informados a los superiores. También se le llama cadena de mando.
 10. Orden. Las personas y los materiales deben estar en el lugar correcto y en el momento correcto.
 11. Igualdad. Los gerentes deben ser justos y amables con sus subordinados.
 12. Estabilidad de los cargos del personal. Cuando se presenta una alta rotación de empleados hay ineficiencia. La gerencia debe realizar una planeación ordenada del personal y asegurarse de que se cuente con reemplazos para cubrir las vacantes.
 13. Iniciativa. Los empleados que tienen permitido crear y llevar a cabo planes ejercerán niveles superiores de esfuerzo.
 14. Espíritu de grupo. Promover un espíritu de grupo desarrollará armonía y unidad dentro de la organización.

Por lo anterior y con modificaciones actualmente se considera a la administración como una disciplina que se encarga de coordinar las actividades de trabajo de una organización de modo que se realicen de manera eficiente para el logro de un objetivo común considerando que la eficiencia consiste en obtener mayores resultados con la mínima inversión.

A principio de 1960 los investigadores de la administración comenzaron el análisis de lo que estaba sucediendo en el entorno externo a la organización y es así como se integra la idea de sistema, el cual, en el enfoque organizacional, considera al sistema como un conjunto de partes interrelacionadas e interdependientes organizadas de una manera que producen un todo unificado (Robbins, Decenzo, & Mary, 2013).

Las organizaciones funcionan como sistemas abiertos, es decir, el entorno influye e interactúa con ellas:

Figura 1.1 Las organizaciones como un sistema abierto



Fuente: Administración, Robbins, S y Coulter M. (2010).

La organización

Una organización es una asociación deliberada de personas para cumplir con determinada finalidad, por medio de interrelaciones. Como bien conocemos cada una

tendrá un objetivo distinto, están integradas por personas y están creados bajo una estructura deliberada.

Adam Smith fue el primero en identificar la división del trabajo y concluyó que ésta contribuía a aumentar la productividad de los empleados. A principios del siglo XX, Henry Ford aplicó este concepto en una línea de ensamblaje en la que a cada trabajador de Ford se le asignaba una tarea específica y repetitiva (Robbins & Coulter, 2005).

Hoy usamos el término especialización del trabajo para describir el grado en el que las actividades de una organización se dividen en tareas separadas. La esencia de la especialización del trabajo es que un individuo no realiza todo el trabajo, sino que éste se divide en etapas y cada etapa la concluye una persona diferente.

Esta es un ejemplo de uno de los 6 pasos que componen el diseño o estructura organizacionales que es la distribución formal de los empleos dentro de una organización; los seis elementos son (Berenzon Gorn S, 2013):

1. Especialización del trabajo
2. Departamentalización: forma en que se agrupan los trabajos; (funcional, por producto, por cliente, área geográfica o por proceso):
3. Autoridad: derechos inherentes de ciertas posiciones para dar órdenes y esperar que dichas sean obedecidas. Sin embargo, también está el término de poder el cual se refiere a la capacidad que tiene un individuo de influir en las decisiones.
4. Alcance del control: número de empleados que un gerente puede administrar de manera eficiente y eficaz.
5. Centralización y descentralización; se refiere a donde son tomadas la mayoría de las decisiones.
6. Formalización: describe el grado de estandarización de las tareas en la organización y el grado en que se aplican las reglas y procedimientos.

Cultura organizacional

Para esta investigación es importante incluir también el término de la cultura organizacional, misma que está constituida por los valores compartidos, principios,

tradiciones y formas de hacer las cosas que influyen en el actuar de los miembros de la organización, implica la satisfacción laboral que consiste en la percepción de parte de los empleados, la cuál es descriptiva y es compartida entre sus miembros (Kienzle, 1999).

La cultura organizacional suele reflejar la visión o misión de sus fundadores por lo tanto es el resultado de la interacción entre la predisposición mental de los fundadores y lo que los primeros empleados fueron aprendiendo de sus experiencias (Berenzon Gorn S, 2013).

Las características mencionadas son aquellas representativas de una organización mismas que pueden ser aplicadas universalmente, en este caso, son aplicadas a los sistemas de salud y en muchas de las organizaciones deben ajustarse a ciertas normas para promover adaptabilidad a los nuevos cambios generacionales.

Por otra parte contamos con algo básico en la organización para su buen desempeño que es la Administración de Recursos Humanos la cual consiste en la planeación, la organización, el desarrollo y la coordinación del personal, de tal manera que se logre promover el desempeño eficiente del personal, a la vez que la organización representa el medio que permite a las personas que colaboran en ella alcanzar los objetivos individuales relacionados directa o indirectamente con el trabajo y generar con ello una satisfacción laboral positiva (UNAM, 2004).

Comprendiendo entonces que las organizaciones están conformadas por personas que se interrelacionan para el logro de un objetivo en común, es importante considerar que la administración de las personas también conocida como administración de recursos humanos es la base para que la organización funcione de manera armónica y es por ello que estudiaremos a las personas y la repercusión que tienen en la perspectiva de satisfacción laboral y la depresión en su función y desempeño dentro de la organización.

1.2 TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

El término trastorno se refiere a aquella alteración leve en la salud, la depresión por su parte es una enfermedad que en la actualidad se ha convertido en la principal causa de discapacidad psicosocial e intelectual afectando a la población mundial, desencadenada por diversos factores y causando a su vez un gran impacto a nivel personal y social.

La depresión mayor se define por la American Psychiatric Association como una enfermedad común que afecta la manera de sentir, pensar y actuar de las personas, desencadenando una sensación de tristeza y pérdida del interés en actividades que antes disfrutabas. Existen diversos factores involucrados desde factores bioquímicos como afección en la función de neurotransmisores cerebrales, factores genéticos, tipo de personalidad hasta diversos factores ambientales (exposición constante a violencia, negligencia, abuso, pobreza, etcétera) (DSM-5, 2013).

Su detección se hace ante la presencia de diversos síntomas que pueden o no acompañar a este trastorno, los más frecuentes son los síntomas emocionales y psíquicos, como (DSM-5, 2013):

- Sensación de tristeza
- Pérdida del interés y placer en actividades anteriormente disfrutadas
- Cambios en el apetito acompañada de pérdida de peso
- Problemas para dormir o dormir demasiado
- Incremento de fatiga, movimientos lentos, habla lenta
- Sensación de culpa
- Dificultad para la concentración y toma de decisiones
- Pensamientos de muerte o suicidio.

Para realizar el diagnóstico de trastorno de depresión mayor (TDM) la persona debe presentar los síntomas al menos por 2 semanas continuas (DSM-5, 2013).

Clasificación de depresión

La depresión la podemos encontrar en diferentes modalidades, desde una depresión que se desencadenó solo una vez, hasta aquellas que se desencadenan en diversos momentos de la vida por diferentes factores; así también la podemos clasificar acorde a la severidad de la enfermedad en leve, moderado y severo (CIE-10, 2000).

Trastorno depresivo recurrente

Esta se refiere a repetidos episodios de depresión, caracterizados por pérdida de interés y capacidad de disfrute, así como fatiga y astenia-adinamia durante mínimo dos

semanas, muchas personas también padecen ansiedad, alteraciones del sueño y apetito, sentimientos de culpa, problemas de concentración y baja autoestima.

Depresión Leve

Es aquella depresión que presenta dos o tres síntomas de los antes mencionados por al menos dos semanas, estos síntomas no ponen en riesgo su vida, pero repercutirán en sus actividades laborales y sociales habituales sin necesidad de suspensión de estas (OMS, 2019).

Depresión moderada

Es aquella que presenta cuatro o más síntomas por al menos dos semanas, el paciente tiene grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias, pero por lapsos la persona puede sobreponerse, en ocasiones los síntomas pueden poner en riesgo su vida (CIE-10, 2000).

Depresión grave

La persona presenta varios síntomas descritos anteriormente de manera marcada; típicamente se presenta la pérdida de autoestima y culpa, así como existen ideas o actos suicidas. La Clasificación Internacional de enfermedades 10ª edición (CIE 10) nos indica que en esta etapa de depresión existe una incapacidad de mantener las actividades sociales, laborales y domésticas con grandes complicaciones incluso aparición de sintomatología médica en ocasiones (CIE-10, 2000).

Factores contribuyentes

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, así como también está demostrado que diversas enfermedades (como la hipertensión arterial sistémica) pueden producir depresión y viceversa (OMS, 2019).

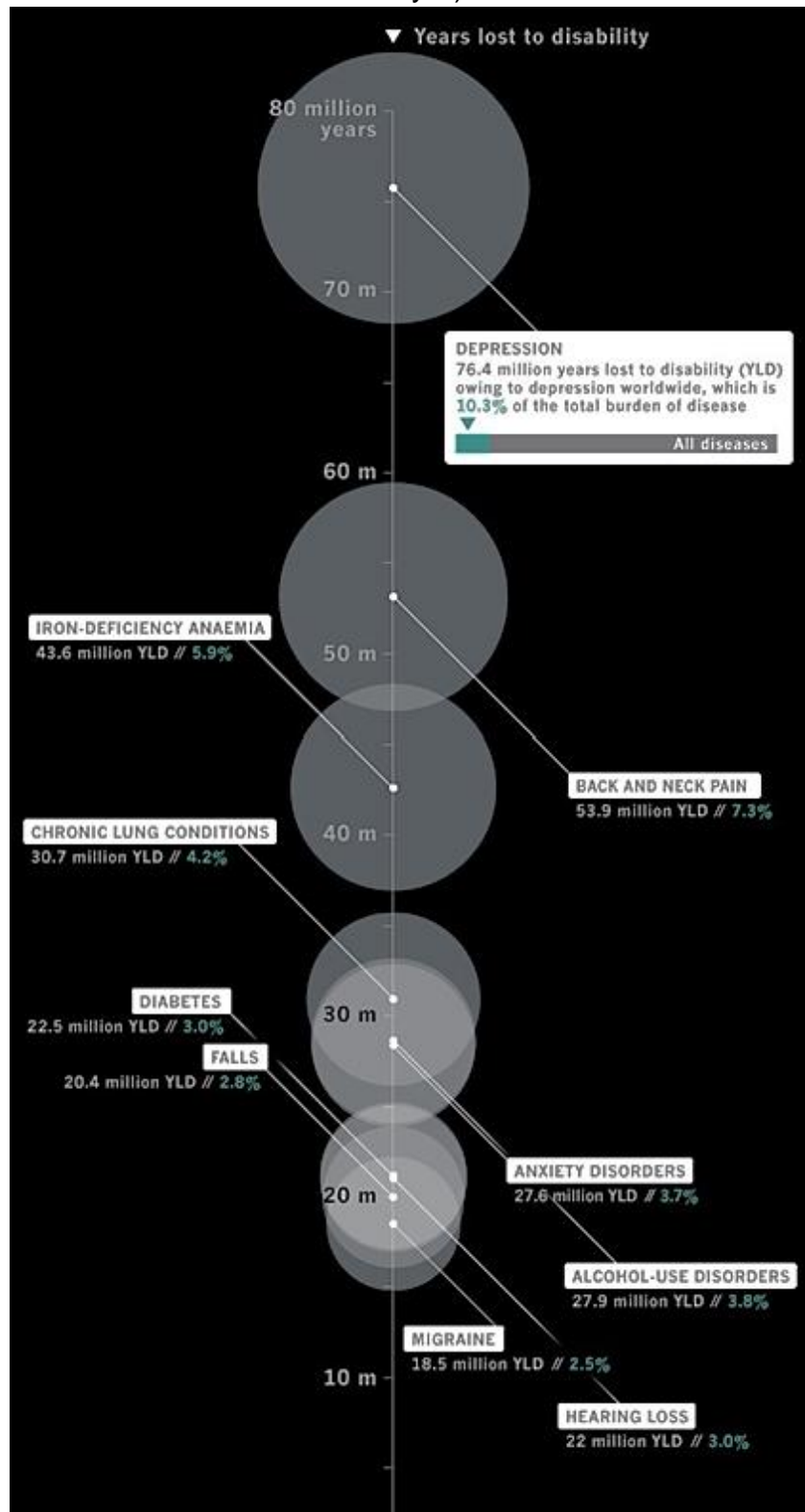
Epidemiología Mundial

El trastorno por depresión mayor afecta a más de 280 millones de personas en el mundo según la OMS, siendo la principal causa mundial de discapacidad contribuyendo de manera importante la carga general de morbilidad. Afecta a 1 de cada 15 adultos, es decir 6.7%, y a lo largo de la vida 1 de cada 6 personas experimentará depresión, es decir un 16.6%. La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la prevalencia es mayor a los 20's, así como en mujeres (DSM-5, 2013).

De acuerdo con Smith en un artículo publicado en la revista Nature, se conocen estadísticas a nivel mundial de la prevalencia de la depresión donde nos demuestra el problema a nivel global repercutiendo primordialmente en los años de vida perdidos por discapacidad con un total de 76.4 millones de años perdidos por discapacidad, esto figura que, de todas las enfermedades causantes de años perdidos por discapacidad, la depresión representa el 10.3%, lo cual podemos observar de manera representativa en la figura 2.1 (Smith, 2014).

A nivel global representa un gran problema debido al bajo porcentaje de detección temprana de depresión, al persistente estigma de la enfermedad, así como a los recursos inadecuados de salud mental; igualmente en promedio se considera la existencia de 2 psiquiatras por cada 100,000 personas (Smith, 2014), lo que se traduce en un sistema de salud mental insuficiente para la población.

Figura 1.2.1 Porcentaje de la carga total de la enfermedad (Trastorno de Depresión Mayor)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el 20% de personas mayores de 60 años sufren de trastornos mentales, siendo la depresión el más prevalente, afectando a un 7% de la población añosa a nivel mundial, generando a su vez un 5.7% de años perdidos por discapacidad en estos adultos (OMS, 2017).

En personas mayores de 60 años los síntomas depresivos se asociaron a el bajo apoyo social, estado civil, autopercepción, salud mental, satisfacción de vida (personal, financiera y laboral), baja actividad física, estado de salud y presencia de enfermedades crónicas asociadas.

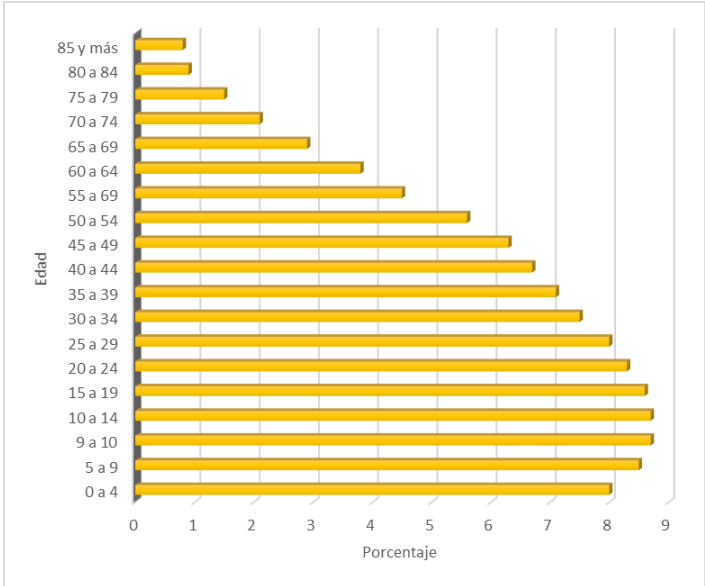
La asociación más fuerte de los síntomas de depresión se encontró con la satisfacción de vida y la salud mental corroborado por la literatura que el soporte social y el sentido de pertenencia se asocia a menor nivel de estrés (Forsman AK, 2011).

Epidemiología México

En México acorde a último reporte de la INEGI 2020, somos 126,014,024 habitantes, de los cuales 48.8% corresponde a hombres y el 51.2% a mujeres.

En la gráfica 1.2.1; se muestran los porcentajes respectivos a los diferentes grupos de edad en la población mexicana para el 2020.

Gráfica 1.2.1 Porcentaje de habitantes por edad



Fuente: Elaboración propia.

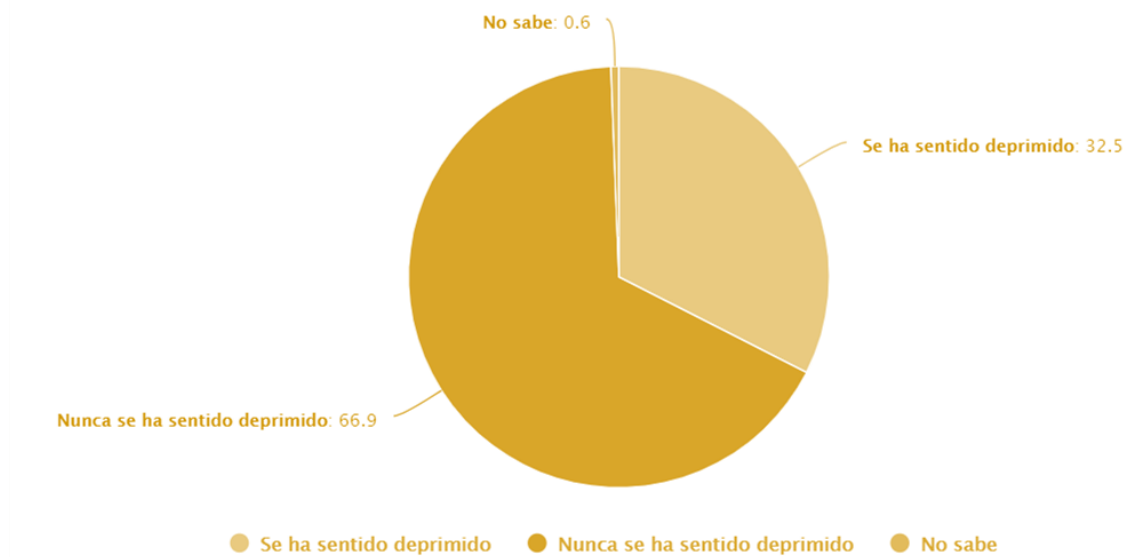
- 15-19 años 8.6%
- 20-24 años 8.3%
- 25-29 años 8%;
- 30-34 años 7.5%
- 35-39 años 7.1%
- 40-44 años 6.7%
- 45-49 años 6.3%
- 50-54 años 5.6%
- 55-59 años 4.5%
- 60-64 años 3.8%
- 65-69 años 2.9%

Actualmente los reportes del INEGI refieren que la población económicamente activa corresponde a 57,668,252 es decir, el 13.2 % personas al segundo trimestre del año 2021, entendiendo como población económicamente activa a la población a partir de los 15 años (INEGI, 2021).

En cuanto a estadísticas de salud mental, el INEGI nos proporciona los siguientes datos:

En la gráfica 1.2.2, podemos encontrar los porcentajes correspondientes a las personas mayores de 12 años solo con sentimientos de depresión, sin realizar una valoración de sintomatología, encontrando que al menos 32.5% de ellos se ha sentido deprimido.

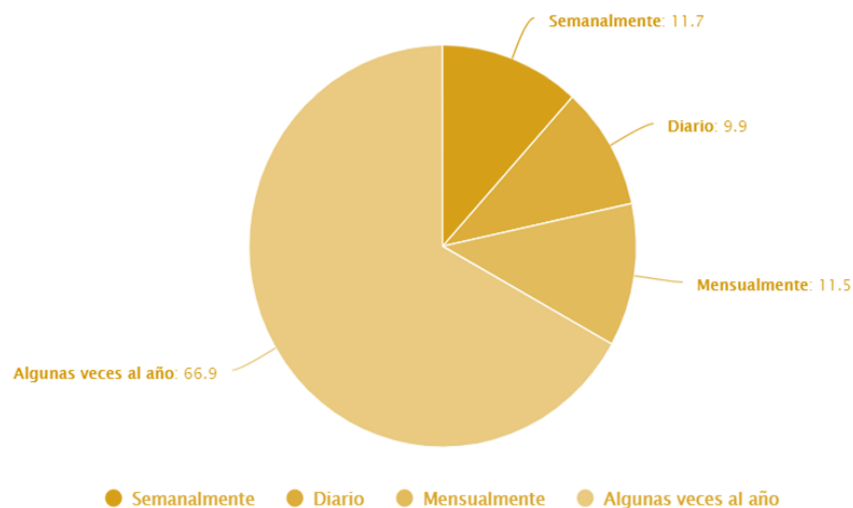
Gráfica 1.2.2 Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión



Fuente: (INEGI, Encuesta Nacional de los Hogares, 2017)

La gráfica número 1.2.3 nos muestra el porcentaje de la frecuencia con la que las personas de la gráfica previa tienen sentimientos relacionados a depresión encontrando que la mayoría refiere por lo menos una vez al año los presentan, tomando en cuenta que los porcentajes que preceden son con una frecuencia semanal y mensual.

Gráfica 1.2.3 Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión por frecuencia



Fuente: (INEGI, Encuesta Nacional de los Hogares, 2017).

Como se evidenció en las gráficas previas (1.2.2 y 1.2.3) la presencia de sentimientos relacionados a depresión es alta a partir de los 12 años, así como lo es la frecuencia por lo menos anual de dichos sentimientos. Esto nos evidencia la existencia de la enfermedad en la población mexicana, presentada desde los 12 años y abarcando a la población de interés, es decir a la población en edad productiva.

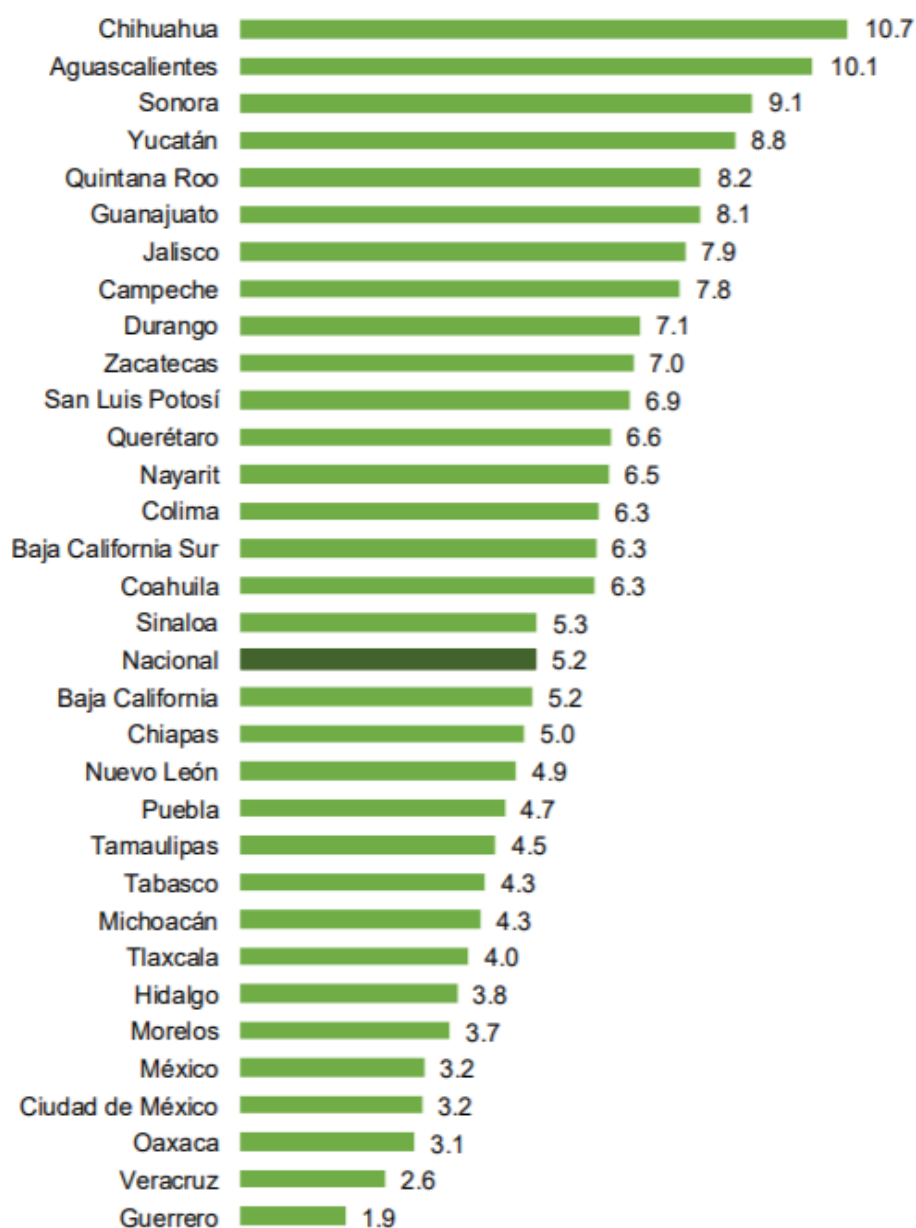
A pesar de la relevancia de estos datos y su impacto sobre el conocimiento estadístico, existe otro fuerte indicador indirecto para medir el trastorno de depresión en la población: el suicidio. Mundialmente se dice que cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2019).

Con base en estadísticas de mortalidad en 2017 en México acorde al INEGI, la tasa de suicidio fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes, donde la población de 20-24 años ocupan la tasa más alta con un 9.3 por cada 100 000 jóvenes de esa edad y de estos, los hombres de este grupo tienen una tasa de 15.1 por cada 100 mil habitantes.

La gráfica 2.4 nos muestra la tasa por Entidad Federativa en México, donde se identificó que el estado de Chihuahua sigue con la tasa más alta desde el 2015, siendo en el 2017 de 10.7 suicidios por cada 100 mil habitantes.

Gráfica 1.2.4 Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa 2017

(por cada 100 000 habitantes)



Fuente: (INEGI, Estadística de Mortalidad, 2017)

Con relación al suicidio, los hombres predominan con relación a personas fallecidas por suicidio con una tasa de 8.7 hombres por cada 100 mil habitantes, en comparación con 1.9 mujeres por cada 100 mil mujeres. En el año 2018 el número de muertes ascendió a 6 808 defunciones por suicidios en México (INEGI, Estadística de Mortalidad, 2017) .

Debido a estas tasas cada vez más crecientes de suicidio se declaró el día 10 de septiembre como Día Mundial para la prevención del suicidio, el cual tiene como objetivo crear conciencia en la población sobre este problema tan menospreciado socialmente.

Tratamiento del trastorno de depresión mayor

Existen diversas modalidades de tratamiento, las más efectivas son la psicoterapia y el tratamiento por medio de fármacos llamados antidepresivos.

Entre el 80-90% de las personas responden adecuadamente al tratamiento farmacológico, mismos que son prescritos con la intención de modificar la química cerebral, los cuales inician a tener un efecto a las 2 semanas de su uso continuo, sin embargo, los beneficios serán significativos hasta los 2 o 3 meses, tiempo para poder realizar modificaciones en la dosificación a consideración de su médico tratante (DSM-5, 2013).

Esto es relevante debido a que las organizaciones deberán contemplar este tiempo promedio de recuperación de su empleado, esperando una disminución en su concentración y productividad en ese lapso.

Por otro lado, la psicoterapia es tratamiento concomitante del tratamiento farmacológico, este puede ser la única opción en tratamiento de depresión leve, sin embargo, en depresión moderada o severa solo será concomitante de los fármacos antidepresivos. La terapia que ha mostrado mayor efecto es la terapia cognitivo conductual pues ayuda a reconocer el pensamiento errático y a cambiar comportamientos y pensamientos (DSM-5, 2013).

Realizar ciertas actividades ayuda también a reducir los síntomas de la depresión como realizar ejercicio, mejorar la calidad del sueño, comida sana y nutritiva, y retirar el consumo de alcohol, entre muchas otras que aportarán de manera positiva a la salud mental.

Por otro lado, existe la intervención con otras terapias tecnológicas como la electroestimulación para crisis agudas severas de depresión, y/o la estimulación magnética transcraneal que ha demostrado tener muchos beneficios, sin embargo, existe poco acceso a dicha terapia en nuestro país.

A pesar de la existencia de diversos tratamientos, a nivel mundial más del 50% de los afectados no recibe la atención y tratamiento, esto debido a la falta de recursos y personal sanitario capacitado, así como la estigmatización de dicho trastorno (OMS, 2019).

Otro problema con el que cuenta la población es la dificultad de apoyo ambiental, poco tiempo para realizar actividades extralaborales y minimización de los síntomas por parte de los pacientes con el diagnóstico.

Impacto

En México se estimó en 2007 que uno de cada tres mexicanos, presentará algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida (Medina mora,2007); las cifras muestran que, en 2015, más de 4.9 millones de personas viven con depresión, esto representa el 4.2% de la población nacional.

Las enfermedades mentales impactan y generan costos tanto a nivel personal, como social. Para conocer las implicaciones se hace referencia a los *Años perdidos por enfermedad* calculado por la OMS, definido como el número de años de vida sana que se pierde por concepto de alguna enfermedad (OMS, 2017).

Las cifras recientes en México muestran que, el **8.5%** de los años perdidos por enfermedad, son debido a trastornos de la depresión (Gómez-Dántes, Héctor et al., 2016). Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento (Berenzon Gorn S, 2013).

Por otro lado, un estudio realizado con población mexicana encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas como la diabetes o hipertensión arterial sistémica (Lara, 2007).

De acuerdo con otros estudios, la última evaluación de los servicios de salud mental en México señala que el eje de la atención de salud mental es el hospital psiquiátrico. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzaba para

cubrir las necesidades de atención; los resultados también revelaron que aproximadamente el 50% de los pacientes que recibían atención, lo hacían en servicios hospitalarios por alguna complicación y de estos pacientes era internado 1 de cada 1,7 que fue atendido en los servicios ambulatorios. (Berenzon Gorn S, 2013).

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental informaron niveles insuficientes y, en la mayoría de los casos, estaban concentrados en los hospitales psiquiátricos.

Como se pudo observar, la importancia del tratamiento de la depresión está vinculada a que es una enfermedad funcional. Es decir, los costos además de la pérdida en la calidad de vida generan pérdidas en el valor agregado en la economía nacional, así como los efectos de la depresión se relacionan directamente con los niveles de desempleo y de baja productividad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la depresión se ha convertido en la principal causa de discapacidad psicosocial e intelectual afectando a la población mundial, desencadenada por diversos factores y causando a su vez un gran impacto a nivel personal y social. En México según datos del INEGI encontramos que un 32.5% de la población mayor a 12 años se han sentido deprimidos, y agregado a esto como un indicador de relevancia para el impacto estadístico de dicho TDM es el suicidio. Mundialmente se dice que cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2019). Con base en estadísticas de mortalidad en 2017 en México acorde al INEGI, la tasa de suicidio fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes, donde la población de 20-24 años ocupan la tasa más alta con un 9.3 por cada 100 000 jóvenes de esa edad.

Demostrado estadísticamente, el suicidio se encuentra en segunda causa de muerte en edad de 15 a 29 años, esto nos es relevante debido a que esta edad es representativa para la nación, pues representa un grupo de edad productivo de la población, lo que significa que esta causa de muerte repercutirá en el aspecto económico de la sociedad. Aunado a lo anterior el acceso a estos servicios de salud mental se encuentra limitado y su demanda es elevada por lo que se requiere de una gran inversión para aumentar la accesibilidad de estos servicios a la población mexicana.

Por otro lado, aunque existen diversas opciones de tratamiento, actualmente no se utilizan todas de forma rutinaria en nuestro país, entre los tratamientos más utilizados se encuentran los fármacos, seguidos de la terapia electroconvulsiva en centros psiquiátricos especializados, la estimulación magnética transcraneal que es una innovadora y buena opción para el tratamiento solo existe en centros de referencia para realizar investigación, es recomendable que estos tratamientos en su mayoría se acompañen de psicoterapia para un resultado ideal.

Es por lo anterior que, debido a lo limitado de los recursos en el sistema de salud mexicano, a la alta prevalencia de dicho trastorno en la población y a la estigmatización aun presente, es necesario establecer un adecuado programa que cumpla de manera sustentable con la atención de pacientes con alta tendencia al TDM de manera preventiva.

Y así es como su detección temprana se ha convertido en la clave para que las personas se encuentren en buen estado de salud mental y esto a su vez influya de manera positiva en su productividad laboral.

Lo que este estudio pretende es analizar la influencia que hay entre la relación de depresión y la satisfacción laboral y cómo estos se relacionan a su vez con los factores de riesgo psicosocial tratados en la Norma Oficial Mexicana 035 (NOM 035) para con ello encontrar propuestas con el fin de apoyar su implementación a nivel de organizaciones académicas.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre la satisfacción laboral (intrínseca y extrínseca) y el trastorno de depresión mayor en los docentes mexicanos y cómo la atención de los factores de riesgo psicosocial impacta positivamente esta relación?

4. OBJETIVOS

Se implementará una encuesta a personal docente a nivel de educación superior para determinar la existencia de una relación entre depresión y satisfacción laboral.

Objetivos específicos

- Conocer cuáles programas y medidas para la detección de TDM se encuentran disponibles en México.
- Identificar los objetivos de la Agenda 2030 que favorecen indirectamente a la disminución de la prevalencia del trastorno de depresión mayor.
- Determinar si la relación resultante del objetivo general se relaciona a su vez con los factores de riesgo psicosocial.
- Sugerir actividades que pueden implementar las organizaciones académicas con el fin de disminuir la prevalencia de los factores de riesgo psicosocial y fomentar un entorno laboral favorable.

5. HIPÓTESIS

La depresión está relacionada con la satisfacción laboral en el personal docente y la implementación de estrategias que contemplen los factores de riesgo psicosocial favorecerá de manera positiva y significativa con el entorno organizacional.

6. JUSTIFICACIÓN

El análisis de la prevención del TDM nos ayudará a priorizar, que consideraciones deben ser tomadas para la creación de un programa adecuado de intervención que logre maximizar el beneficio en personas con TDM apoyado en la NOM 035.

El TDM es una de las causas principales de años perdidos por discapacidad, ocasionando efectos indeseables sobre la conducta de los sujetos afectados, disminuyendo su cognición, productividad económica y afectando la manera de interacción con el medio. Actualmente, el trastorno de Depresión Mayor representa la principal enfermedad psiquiátrica en México y a pesar de que existen nuevas tecnologías para el tratamiento del TDM, la utilización de estas se encuentra limitada en nuestro país, así como el acceso a servicios de salud en atención a la Salud mental ya sea por la falta de acceso a atención médica o la estigmatización que aún existe hoy en día. Para recomendar y promover mayor acceso a estas opciones terapéuticas, es necesario implementar un programa que otorgue educación a toda la población para lograr la prevención, el diagnóstico temprano y la adecuada atención. Por lo que la percepción de la población dentro de una organización nos otorgará la prevalencia existente de dicho trastorno, su relación con la satisfacción laboral dentro de su organización y que bases se pueden considerar para la creación o la ideación de un programa que como resultado contribuya a satisfacer necesidades de personas con depresión.

El análisis propuesto en esta tesis tiene como fin interpretar la relación que se encuentra entre la depresión y la perspectiva de satisfacción laboral en sus organizaciones aplicadas a personas dedicadas a la docencia para poder establecer una implementación adecuada de la NOM 035.

CAPÍTULO 2 MARCO DE REFERENCIA

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO

Visto desde la concepción de sistema es un tema de complejo abordaje, el sistema de salud se trata de un conjunto de componentes y sus relaciones, organizadas y coordinadas para el logro de objetivos en salud.

Cada Sistema de Salud implica acciones recíprocas entre prestador de servicios y población (usuarios). Se toma a los usuarios como los beneficiarios de un sistema y contribuyentes para su financiación y a los proveedores como personas físicas o jurídicas que asumen las responsabilidades y son remunerados por los servicios otorgados. Así también el Sistema de Salud consiste en subsistemas creados por cada país, dependiendo de sus características particulares y necesidades.

Definición de sistemas de salud

Los sistemas de salud son todas aquellas organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a la mejora de salud, acorde a la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de los sistemas comprenden el sector público, privado, tradicional e informal, con sus 4 funciones básicas que son la provisión de servicios, generación de recursos, financiamiento y gestión (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Todo sistema involucra actores que desempeñen roles y asuman objetivos; en la presunción de dichos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios y de recursos. Cualquier sistema de salud debe cumplir con los principios encaminados a contribuir con mejorar la salud de toda la población, y ofrecer un trato adecuado a los usuarios, así como ser sostenible financieramente, estos principios son (Organización Mundial de la Salud, 2019):

- Ser universal, entendiendo esto como la cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo, toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Taxonomía en los sistemas de salud

Acorde con María Seguí existen diversos modos de clasificar los sistemas sanitarios según los sistemas de protección social, el tipo de producción y demanda de servicios o las relaciones que establezcan (Seguí-Gómez. María, 2013):

En función a los sistemas de protección social se clasifican en:

- a) Sistemas Públicos donde la asistencia sanitaria se considera un derecho y se mantiene mediante las contribuciones ya sea como impuesto o cuota.
- b) Sistemas Privados, la asistencia sanitaria es un bien individual, las contribuciones no son obligatorias y el costo de la contribución se relaciona directamente con el riesgo de enfermar.

En función del tipo de producción y demanda

- a) Sistemas de mercado; donde existen relaciones de competencia en oferta y demanda, el usuario elige quien le presta los servicios y los proveedores pueden rechazar al usuario.
- b) Sistema burocrático- administrativo: no existe competencia entre usuarios ni proveedores.

En función de relaciones y flujos económicos

- a) Pago directo: el paciente elige el proveedor y paga por el servicio.
- b) Seguro voluntario con reembolso: los ciudadanos pagan un seguro.

- c) Seguro público con reembolso: los usuarios pagan obligatoriamente por un seguro.
- d) Seguro voluntario con contratos: el ciudadano o la empresa paga voluntariamente un seguro y este a su vez tiene diversos proveedores que el paciente puede elegir.
- e) Seguro obligatorio con contratos: en este el paciente contribuye con impuestos y cotizaciones.

Otra instancia de análisis de los sistemas de Salud por medio de la clasificación es la creación de modelos que reflejen situaciones sociales ideales, entendiendo que los siguientes modelos no siempre son puros presentándose en la mayoría hegemonía de una forma de organización y financiación de la salud, los siguientes son modelos ideales de Sistemas de Salud (Tobar, 2017):

Modelos de sistemas sanitarios:

1. Modelo universalista

Caracterizado por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos, así como pago directo de usuarios, entre otros aportes y acceso universal a los servicios suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores dependen del Estado.

2. Modelo de seguro social

Destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Bismarck, actualmente es caracterizado por protagonismo estatal. Su financiación es por aportes y contribuciones de empresarios y trabajadores, por lo general obligatorios. La gestión de los recursos se efectúa por entidades intermediarias no gubernamentales que contraen servicios con proveedores privados o públicos cubriendo solo a los aportantes y a su grupo familiar.

El sistema se concentra fundamentalmente en las funciones de restauración de la salud y, en menor medida, en las actividades de promoción y prevención. Rara vez incluye actividades sobre el medio ambiente, que están bajo la responsabilidad de otros sistemas.

3. Modelo de seguros privados o Libre Mercado

Es el sistema predominante en E.E.U.U. La salud se concibe como un bien de consumo. Son centros sanitarios privados, cuya principal fuente de aseguramiento son las empresas con cofinanciación de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados; la organización es fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. Sus costos son elevados y conllevan a problemas de equidad y accesibilidad.

4. Modelo asistencialista

No corresponde al estado la prestación ni financiación, es la obligación de los ciudadanos la salud; se plantea la concepción de la salud como cuestión individual, focalizando acciones solo hacia grupos vulnerables y carenciados. Pueden existir algunos copagos por parte de los usuarios.

Situación actual del sistema de salud en la CDMX

El sistema de salud mexicano necesita de la articulación de diversas instituciones públicas y privadas para poder brindar su servicio elemental dadas las características socioeconómicas y demográficas de la población.

El sistema de salud en México se caracteriza por tener diversos elementos, relaciones, propiedades y jerarquías. Las dependencias verticales, subalternos de otra de manera directa, del Estado mexicano atienden a distintos segmentos de la población y su afiliación correspondiente no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de una persona. Es por ello por lo que los mexicanos pertenecemos a uno o más sistemas de aseguramiento, aunque de acuerdo con el CONEVAL 18% de la población todavía no cuenta con ningún seguro en salud (CONAMED, 2017).

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de Salud dentro de la administración del Estado, dentro del cual existe un compendio que reglamenta el derecho a la protección de salud, llamado Ley General de Salud. Acorde a la Ley General de Salud en el artículo 5o constituye al Sistema Nacional de Salud de la siguiente manera (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019):

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019).

Los objetivos primordiales del Sistema Nacional de Salud se mencionan en el artículo 6to de la Ley General de Salud y entre lo más destacados se encuentran (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019):

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de estos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas;
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud (Ley General de Salud, 2019, págs. 11-14).

La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, que se encargará de establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019).

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al

efecto emita la Secretaría de Salud (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019), con base en lo anterior existen diferentes actividades de atención médica, la preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativas.

La protección a la salud garantizada por el Estado se rige bajo criterios de universalidad e igualdad y generará condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo y efectivo; con base en esto la atención se opera como un sistema de redes integradas de atención de acuerdo con las necesidades de salud presentadas (Camara de Diputados, Secretaria General, 2019).

Niveles de atención a la salud

La clasificación por niveles de atención es una concepción técnico y administrativo, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo con su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS, 2014).

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes (Ministerio de Salud , 2014):

Primer Nivel de Atención

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las salas de primeros auxilios y unidades sanitarias.

La mayor parte de los problemas de salud que se consultan por la población se pueden resolver allí, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población y son habitualmente el 90% de los llamados problemas prevalentes de salud.

Segundo nivel de atención

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Medicina General, Pediatría, Cirugía General, Urgencias, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Debe recibir a la población referida del segundo nivel de atención.

Estructura del sistema de salud en la CDMX

El sistema de salud mexicano comprende dos sectores: el público y el privado; dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011); Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa (SEDENA); Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social; Secretaría de Salud (S.S.A); Servicios Estatales de Salud (SESA); Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O); Seguro Popular de Salud (SPS) actualmente conocido como INSABI.

El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011).

En el país hay 3 distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011):

1. Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
2. Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y
3. La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011).

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011), anteriormente población atendida por el Seguro Popular, vigente desde el 2004. En 2018, el Seguro Popular contaba con más de 53 millones de afiliados.

En México aún existen más de 30 millones de personas sin protección social en salud., mismos que recurren a servicios de IMSS-Bienestar y Salubridad.

Finalmente, está la población que se beneficia del sector privado, ya sea a través de aseguradoras o pagos de bolsillo, destacando a su vez que población con seguridad social o sin esta, también es población que adquiere beneficios del sector privado, en particular los servicios ambulatorios (Gomez, Sesma, & Becerril, 2011).

Ante esta información, se resalta la importancia en porcentajes derivados del INEGI mostrados en la Tabla 2.1.1, exponiendo la cobertura por Institución del sistema de Salud

en México, y destacando las cifras de cobertura de Ciudad de México en la tabla 2.1.2 debido a que el estudio se basará en población habitante de este estado (INEGI, 2015):

Tabla 2.1.1 Porcentaje de cobertura según Institución en México

Institución	IMSS	ISSSTE	INSABI	PEMEX, SDN o SM	Otras
Porcentaje	51%	8.8%	35.5%	1.3%	5%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020.

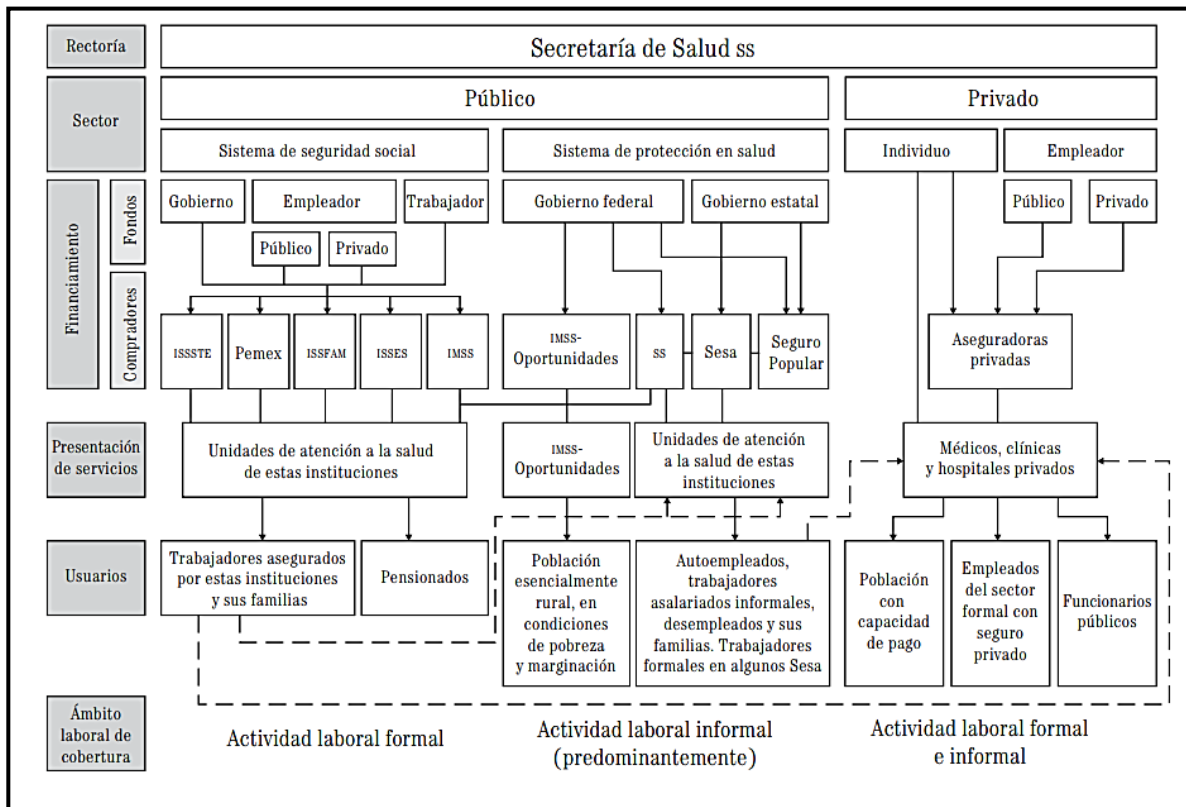
Tabla 2.1.2 Porcentaje de cobertura según Institución en Ciudad de México

Institución	IMSS	ISSSTE	Seguro Popular / Nueva generación	PEMEX, SDN o SM	Privadas	Otras
CDMX	3,881,545	1,141,038	1,203,824	104,474	444,160	114,242

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020.

En la siguiente figura (2.1.1) se observa la distribución del sistema de salud en sus grandes sectores y su división acorde a su financiamiento, servicios otorgados y usuarios según Octavio Gómez Dantés y colaboradores.

Figura 2.1.1 Estructura del Sistema Nacional de Salud en México



Fuente: Octavio Gómez Dántes, et. al. Sistema de Salud en México, 2011.

Esta estructura, continúa siendo parcialmente igual, con el cambio de la eliminación de Seguro Popular, el cambio de nombre de IMSS Oportunidades por IMSS Bienestar y la integración de un nuevo departamento conocido como INSABI, el cuál actualmente cuenta con el presupuesto destinado al anterior Seguro Popular, brindará servicios médicos en primer y segundo nivel para aquellas personas sin seguridad social en Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), IMSS Bienestar, Unidades Especializadas Médicas (Unemes) y en Hospitales generales, rurales y comunitarios (Secretaria de Salud, 2019).

De acuerdo con la Ley General de Salud. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (Secretaria, 2006).

Presupuesto 2020 en Salud

Actualmente el presupuesto asignado para el año 2020 en temas de salud son \$634,388 millones con un incremento en los gastos programables superior en 2.6% respecto al 2019 según la dirección General de Finanzas del Instituto Belisario Domínguez (2019) la partida presupuestal fue la siguiente:

- 95% destinado a IMSS, ISSSTE y ramos de salud y aportaciones Federales para entidades federativas y municipios
- 4.7% Defensa Nacional, Marina y aportaciones de seguridad social

El Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes desafíos, entre ellos destacan los cambios producidos en el perfil demográfico (por ejemplo, población en edad avanzada y las patologías derivadas), en la presencia de estilos de vida poco saludables y la baja actividad física en la población; problemas de salud derivados de las largas jornadas laborales, la desnutrición y el consumo inadecuado de sustancias psicoactivas(adicciones), entre otros; que orientan de manera directa el creciente predominio de las enfermedades crónicas no trasmisibles, con la coexistencia de enfermedades propias del rezago social (SHCP, 2019) .

Entendamos como enfermedades no transmisibles a aquellas crónico degenerativas como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, Sobrepeso u Obesidad, Depresión, Ansiedad, entre otras, adquiriendo esta importancia debido a la creciente prevalencia en la población y los gastos que le generan al Estado y al mismo paciente en su bolsillo.

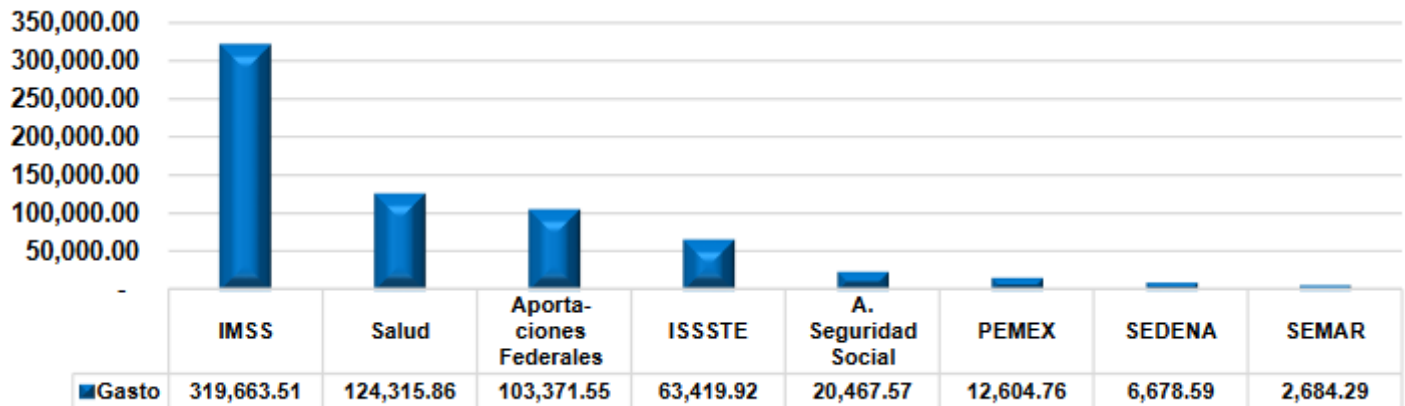
La siguiente figura 2.1.2, nos muestra acorde a la institución el gasto público encontrando que para el año 2020, el gasto público propuesto se distribuyó en los siguientes ramos:

- Para el IMSS 319mil 663.51mmdp
- Para la Salud 124mil 315.86mmdp
- Para Aportaciones Federales 103mil 371.55mmdp
- Para ISSSTE 63mil 419.92mmdp
- Para Aportaciones a Seguridad Social 20mil 467.57mmdp

- PEMEX 12mil 604.76mmdp
- Para SEDENA 6mil 678.mmdp
- Para el SEMAR 2 mil 684.29mmdp

Figura 2.1.2 **El gasto público en Salud en México, por ramos, 2020**

(Millones de pesos)



Fuente: Subdirección de Análisis Económico con Información del PPEF 2020.

Durante este periodo objeto de análisis, el gasto propuesto para esta función tuvo la siguiente equivalencia como proporción del PIB (Proyecto de Presupuestos Público Federal para la Función Salud, 2019).:

- 2019, el Ejecutivo Federal propuso a la Cámara de Diputados un gasto de 2.51%
- 2019, la Cámara de Diputados aprobó un gasto de 2.51%
- 2020, el Ejecutivo Federal propuso a la Cámara de Diputados un gasto de 2.49%.

Con base en lo anterior, y tomando en consideración que uno de los objetivos de la investigación es su relación con la Agenda 2030 y cómo el cumplimiento de esta tendrá un impacto positivo sobre e trastorno de depresión mayor, considerándolo una enfermedad crónica no trasmisible en aumento y por lo tanto con aumento en el impacto económico, se toman a consideración los siguientes datos presupuestales.

En el cuadro 2.1.1 se muestra la distribución del presupuesto asignado a programas en el ramo de salud tomando en consideración los programas que tendrán impacto en el

cumplimiento de algunos objetivos del desarrollo de la Agenda 2030, mismos que se resaltan en amarillo.

Cuadro 2.1.1 Distribución del gasto para la función salud de varios ramos, por Programas Presupuestarios, 2019-2020
(Millones de pesos y variación real)

Cuadro No. 8. Distribución del Gasto para la Función Salud de Varios Ramos, por Programas Presupuestarios, 2019-2020. (Millones de Pesos y Variación Real)									
Clave	Programa Presupuestario	2019 PPEF	2019 PEF	2020 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PEF	2019 PEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PEF
		Millones de Pesos						Variación real	
SEDENA									
A009	Programa de sanidad militar	6,057.56	6,057.56	6,678.59	621.04	621.04	0.00	10.25	10.25
A900	Programa de igualdad entre mujeres y hombres SDN	0.30	0.30	0.00	-0.30	-0.30	0.00	-100.00	-100.00
Total SEDENA para la función		6,057.85	6,057.85	6,678.59	620.74	620.74	0.00	10.25	10.25
SEMAR									
A007	Administración y fomento de los servicios de salud	2,171.29	2,171.29	2,684.29	512.99	512.99	0.00	23.63	23.63
Total SEMAR para la función		2,171.29	2,171.29	2,684.29	512.99	512.99	0.00	23.63	23.63
Aportaciones a Seguridad Social									
S038	Programa IMSS-PROSPERA	11,893.53	11,893.53	13,185.70	1,292.17	1,292.17	0.00	10.86	10.86
T005	Cuota correspondiente de los haberes, haberes de retiro y pensiones	5,747.27	5,747.27	6,410.39	663.12	663.12	0.00	11.54	11.54
U002	Régimen de incorporación	573.14	573.14	591.48	18.34	18.34	0.00	3.20	3.20
U001	Seguridad social cañeros	280.00	280.00	280.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total del Aportaciones a Seguridad Social para la función		18,493.93	18,493.93	20,467.57	1,973.64	1,973.64	0.00	10.67	10.67

Cuadro No. 12.1. Distribución del gasto para la Función Salud Consolidado por Programas Presupuestarios, 2019-2020. (Millones de Pesos y Variación Real) Parte II								
Programa Presupuestario	2019 PPEF	2019 PEF	2020 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PPEF	Diferencial al 2020 PPEF - 2019 PEF	2019 PEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PEF
	Millones de pesos					Variación real		
Prevención y atención contra las adicciones	1,356.79	1,356.79	1,387.00	30.22	30.22	-	2.23	2.23
Atención a la salud en el trabajo	1,166.35	1,166.35	1,202.57	36.22	36.22	-	3.11	3.11
Mantenimiento de infraestructura	256.97	256.97	961.83	704.86	704.86	-	274.30	274.30
Fortalecimiento a la atención médica	849.94	849.94	885.86	35.92	35.92	-	4.23	4.23
Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno	899.02	899.02	729.61	-169.41	-169.41	-	-18.84	-18.84
Régimen de incorporación	573.14	573.14	591.48	18.34	18.34	-	3.20	3.20
Protección contra riesgos sanitarios	431.52	431.52	560.35	128.83	128.83	-	29.85	29.85
Vigilancia epidemiológica	553.25	553.25	532.72	-20.53	-20.53	-	-3.71	-3.71
Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes	33.03	533.03	519.84	486.81	-13.19	1,513.69	1,473.75	-2.47
Rectoría en salud	1,214.58	1,214.58	512.34	-702.25	-702.25	-	-57.82	-57.82
Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS	435.75	435.75	416.41	-19.34	-19.34	-	-4.44	-4.44
Programa nacional de reconstrucción	800.00	800.00	333.33	-466.67	-466.67	-	-58.33	-58.33

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Económico de la Dirección de Servicios de Investigación y Análisis adscrito a la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados con información del Proyecto y el Presupuesto de Egresos de la Federación, 2019.

En este punto la inversión en el programa de igualdad entre mujeres y hombres nos aportará un beneficio en la salud mental. Así como también prevención y atención contra las adicciones, atención a la salud en el trabajo, como se muestra en el cuadro 2.1.2.

Sin embargo, este es un presupuesto asignado que tendrá una repercusión positiva indirecta en el trastorno de depresión mayor.

En México, el gasto en salud mental está distribuido en las siguientes instituciones:

1. El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME)
2. El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
3. La Secretaría de Salud (SS)

Para el periodo 2010 – 2015, el presupuesto aprobado para salud mental presentó un comportamiento creciente. Sin embargo, en 2016 se redujo en 4% y el recorte en 2017 fue de 5%. En total, el presupuesto designado a salud mental, en 2017, es de \$2,586 mdp, equivalentes al 2.2% del presupuesto de la Secretaría de Salud (CIEP, 2017).

En el cuadro 2.1.3 podemos observar el presupuesto otorgado para la Secretaría de Salud, como Servicios de Atención Psiquiátrica y la Comisión Nacional contra Adicciones., mismas cifras tomadas por su relevancia en su atención y relación directa con la atención del Trastorno de Depresión Mayor.

Cuadro 2.1.3 Presupuesto Público Federal para la función Salud, del Ramo de la Secretaría de Salud, responsables, 2019-2020
(Millones de pesos y variación real)

Cuadro No. 14. Presupuesto Público Federal para la Función Salud, del Ramo de la Secretaría de Salud, Unidades Responsables, 2019-2020. (Millones de Pesos y Variación Real) Parte I									
Clave	Denominación	2019 PPEF	2019 PEF	2020 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PPEF	Diferencial 2020 PPEF -2019 PEF	2019 PEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PEF
		Millones de pesos					Variación real		
U00	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	80,128.87	80,128.87	74,556.29	-5,572.57	-5,572.57	0.00	-6.95	-6.95
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	937.97	937.97	7,922.08	6,984.10	6,984.10	0.00	744.60	744.60
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud	3,163.74	3,163.74	3,348.51	184.77	184.77	0.00	5.84	5.84
NBD	Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	2,938.20	2,968.20	3,307.32	369.12	339.12	1.02	12.56	11.43
L00	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	2,221.63	2,268.08	2,246.66	25.02	-21.43	2.09	1.13	-0.94
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	2,205.52	2,205.52	2,165.40	-40.13	-40.13	0.00	-1.82	-1.82
500	Subsecretaría de Administración y Finanzas (Oficialía Mayor)	54.01	54.01	1,649.05	1,595.03	1,595.03	0.00	2,953.00	2,953.00
NCZ	Instituto Nacional de Pediatría	1,447.43	1,472.43	1,632.83	185.40	160.40	1.73	12.81	10.89
NBG	Hospital Infantil de México Federico Gómez	1,462.00	1,487.00	1,511.06	49.06	24.06	1.71	3.36	1.62
M7A	Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	1,242.26	1,257.26	1,412.20	169.94	154.94	1.21	13.68	12.32
NDF	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	1,277.63	1,285.63	1,392.98	115.35	107.35	0.63	9.03	8.35
NAW	Hospital Juárez de México	1,019.27	1,029.27	1,345.95	326.67	316.67	0.98	32.05	30.77
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	1,155.09	1,180.09	1,338.44	183.34	158.34	2.16	15.87	13.42
NBV	Instituto Nacional de Cancerología	1,070.28	1,281.28	1,330.03	259.76	48.76	19.71	24.27	3.81
NBU	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	1,183.07	1,195.07	1,316.68	133.60	121.60	1.01	11.29	10.18
NCA	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	1,072.52	1,089.52	1,214.42	141.90	124.90	1.59	13.23	11.46

NCA	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	1,072.52	1,089.52	1,214.42	141.90	124.90	1.59	13.23	11.46
160	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1,135.32	1,145.32	1,153.91	18.60	8.60	0.88	1.64	0.75
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	1,045.99	1,052.99	1,114.31	68.32	61.32	0.67	6.53	5.82
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	1,043.98	1,053.98	1,088.73	44.75	34.75	0.96	4.29	3.30
NBB	Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	1,000.68	1,010.68	1,087.34	86.66	76.66	1.00	8.66	7.58
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	984.06	984.06	1,051.75	67.69	67.69	0.00	6.88	6.88
O00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	629.61	904.61	896.59	266.98	-8.02	43.68	42.40	-0.89
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	709.28	722.28	876.47	167.19	154.19	1.83	23.57	21.35
NDE	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	744.19	754.19	839.93	95.74	85.74	1.34	12.87	11.37
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	691.18	698.18	774.55	83.38	76.38	1.01	12.06	10.94
M7K	Centros de Integración Juvenil, A.C.	719.85	719.85	773.12	53.27	53.27	0.00	7.40	7.40
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	645.13	652.13	747.91	102.78	95.78	1.09	15.93	14.69
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	677.90	677.90	703.14	25.23	25.23	0.00	3.72	3.72
X00	Comisión Nacional contra las Adicciones	705.84	705.84	680.23	-25.61	-25.61	0.00	-3.63	-3.63
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	496.12	503.12	571.61	75.49	68.49	1.41	15.22	13.61
316	Dirección General de Epidemiología	601.12	601.12	544.19	-56.93	-56.93	0.00	-9.47	-9.47
513	Dirección General de Recursos Humanos	397.18	397.18	432.77	35.59	35.59	0.00	8.96	8.96
Total de la Función Salud del Ramo de Salud Parte I		114,806.94	115,587.39	121,026.45	6,219.51	5,439.07	0.68	5.42	4.71

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Económico de la Dirección de Servicios de Investigación y Análisis adscrito a la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados con información del Proyecto y el Presupuesto de Egresos de la Federación, 2019

El cuadro 2.1.4 y 2.1.5 nos muestran el presupuesto de Unidades responsables relacionadas Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretariado técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, igualmente tomados en consideración por su atención directa del Trastorno de Depresión Mayor.

Cuadro 2.1.4 Presupuesto Público Federal para la función Salud, del Ramo de la Secretaría de Salud, Unidades responsables, 2019-2020
(Millones de pesos y variación real) parte 2

Cuadro No. 14.1. Presupuesto Público Federal para la Función Salud, del Ramo de la Secretaría de Salud, Unidades Responsables, 2019-2020. (Millones de Pesos y Variación Real) Parte II									
Clave	Denominación	2019 PPEF	2019 PEF	2020 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PEF	2019 PEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PEF
		Millones de pesos					Variación real		
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	374.74	374.74	378.05	3.32	3.32	0.00	0.89	0.89
310	Dirección General de Promoción de la Salud	119.31	344.31	338.62	219.31	-5.69	188.59	183.82	-1.65
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	294.62	296.62	319.09	24.48	22.48	0.68	8.31	7.58
172	Dirección General de Relaciones Internacionales	309.19	309.19	313.71	4.52	4.52	0.00	1.46	1.46
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales	206.66	206.66	203.88	-2.78	-2.78	0.00	-1.34	-1.34
O001	Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno	324.18	324.18	177.43	-146.76	-146.76	0.00	-45.27	-45.27
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física	430.58	430.58	175.48	-255.10	-255.10	0.00	-59.25	-59.25
510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	95.49	96.20	112.61	17.12	16.41	0.74	17.93	17.06
100	Secretaría	108.95	108.95	110.08	1.13	1.13	0.00	1.04	1.04
313	Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	91.51	95.49	101.94	10.42	6.44	4.35	11.39	6.75
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	96.20	91.51	98.02	1.82	6.51	-4.87	1.89	7.11
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	109.94	109.94	96.35	-13.59	-13.59	0.00	-12.36	-12.36
111	Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos	59.18	59.18	73.83	14.65	14.65	0.00	24.75	24.75
511	Dirección General de Tecnologías de la Información	156.95	156.95	72.00	-84.95	-84.95	0.00	-54.12	-54.12
NCE	Instituto Nacional de Geriátrica	17.90	67.90	66.43	48.53	-1.47	279.28	271.08	-2.16
NDY	Instituto Nacional de Salud Pública	51.66	51.66	66.03	14.37	14.37	0.00	27.81	27.81
613	Dirección General de Información en Salud	76.80	76.80	65.66	11.22	11.22	0.00	14.60	14.60

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Económico de la Dirección de Servicios de Investigación y Análisis adscrito a la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados con información del Proyecto y el Presupuesto de Egresos de la Federación, 2019.

Cuadro 2.1.5 Gasto para la función Salud, para los Centros Nacionales y Regionales, Institutos y Hospitales, 2019-2020

(Millones de pesos y variación real)

Cuadro No. 15. Gasto para la Función Salud, para los Centros Nacionales y Regionales, Institutos y Hospitales, 2019-2020. (Millones de Pesos y Variación Real).								
Unidad Responsable	2019 PPEF	2019 PEF	2020 PPEF	Diferencial 2020 PPEF - 2019 PPEF	Diferencial 2020 PPEF -2019 PEF	2019 PEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PPEF	2020 PPEF / 2019 PEF
	Millones de Pesos					Variación Real		
IMSS	306,508.38	306,508.38	319,663.51	13,155.13	13,155.13	0.00	4.29	4.29
ISSSTE	59,202.57	59,202.57	63,419.92	4,217.35	4,217.35	0.00	7.12	7.12
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	2,981.15	3,011.15	3,321.56	340.41	310.41	1.01	11.42	10.31
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	2,221.63	2,268.08	2,246.66	25.02	-21.43	2.09	1.13	-0.94
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	2,205.52	2,205.52	2,165.40	-40.13	-40.13	0.00	-1.82	-1.82
Instituto Nacional de Pediatría	1,611.05	1,636.05	1,639.75	28.70	3.70	1.55	1.78	0.23
Hospital Infantil de México Federico Gómez	1,554.92	1,579.92	1,518.06	-36.86	-61.86	1.61	-2.37	-3.92
Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas	1,254.02	1,269.02	1,418.14	164.12	149.12	1.20	13.09	11.75
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	1,391.89	1,399.89	1,396.46	4.56	-3.44	0.57	0.33	-0.25
Hospital Juárez de México	1,270.37	1,280.37	1,348.72	78.35	68.35	0.79	6.17	5.34
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	1,403.68	1,428.68	1,344.67	-59.01	-84.01	1.78	-4.20	-5.88
Instituto Nacional de Cancerología	1,150.83	1,361.83	1,335.70	184.86	-26.14	18.33	16.06	-1.92
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	1,190.70	1,202.70	1,321.67	130.97	118.97	1.01	11.00	9.89
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	629.61	904.61	896.59	266.98	-8.02	43.68	42.40	-0.89
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	822.25	835.25	881.21	58.96	45.96	1.58	7.17	5.50
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	891.31	901.31	845.75	-45.56	-55.56	1.12	-5.11	-6.16
Centros de Integración Juvenil, A.C.	744.71	744.71	786.64	41.93	41.93	0.00	5.63	5.63
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	695.45	702.45	777.95	82.50	75.50	1.01	11.86	10.75
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	774.43	781.43	770.80	-3.63	-10.63	0.90	-0.47	-1.36
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	505.92	512.92	575.45	69.53	62.53	1.38	13.74	12.19
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	374.74	374.74	378.05	3.32	3.32	0.00	0.89	0.89
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	377.26	379.26	320.93	-56.33	-58.33	0.53	-14.93	-15.38
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	96.20	96.20	98.02	1.82	1.82	0.00	1.89	1.89
Instituto Nacional de Salud Pública	413.45	413.45	71.52	-341.94	-341.94	0.00	-82.70	-82.70
Instituto Nacional de Geriátrica	49.78	99.78	66.43	16.66	-33.34	100.45	33.46	-33.42
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	37.24	37.24	42.90	5.65	5.65	0.00	15.18	15.18
Instituto Nacional de Medicina Genómica	187.93	187.93	34.86	-153.07	-153.07	0.00	-81.45	-81.45
Centro Nacional de Trasplantes	24.00	24.00	24.72	0.72	0.72	0.00	3.00	3.00
Total de Unidades Responsables para Centros Nacionales y Regionales, Institutos y Hospitales, para la Función Salud.	395,097.12	395,919.57	413,241.02	18,143.90	17,321.45	0.21	4.59	4.37

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Económico de la Dirección de Servicios de Investigación y Análisis adscrito a la Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados con información del Proyecto y el Presupuesto de Egresos de la Federación, 2019.

La inversión pública en materia de salud se justifica porque permite el mejoramiento de la productividad del factor trabajo, es una política fundamental para la formación y conservación del capital humano, ya que una población con carencias de estos servicios ve afectada su fuerza laboral, con fuertes repercusiones económicas (SHCP, 2019).

Considerando que la OMS ha estimado la factibilidad y viabilidad de la inversión en salud mental, ha concluido que, tratamientos para la depresión con antidepresivos genéricos y psicoterapia con una medida costo–efectiva. Además, estas acciones resultan costeables ya que, en promedio, el costo de su implementación se calcula en menos de 1 USD/ persona (OMS, 2013).

Mismo presupuesto mostrado fue modificado y continúa siéndolo de manera dinámica debido a la pandemia acontecida por COVID 19, lo que significa que dicho presupuesto anteriormente asignado a salud mental tuvo una disminución considerable.

Sistema De Salud De México Según La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

Con la introducción del Seguro Popular en 2004, cerca de 50 millones de mexicanos contaron con un esquema de aseguramiento público en salud que les brinda protección financiera muestra de ello es que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población (OCDE, 2016).

La inversión pública en el Sistema de Salud mexicano aumentó de 2.4% a 3.2% del producto interno bruto (PIB) entre 2003 y 2013, sin embargo, no están reflejados en beneficios para la salud tangibles; indicadores clave sugieren que el Sistema de Salud mexicano no está trabajando de forma eficiente, un ejemplo es que el gasto administrativo representa casi 10% del presupuesto nacional de salud, por otro lado, el alto gasto de bolsillo en salud (alrededor de 45% del gasto total en salud) indica una falla del sistema de salud en lograr una cobertura efectiva, servicios de alta calidad, o ambos (OCDE, 2016).

El Sistema de Salud de México continúa como un conjunto de subsistemas distintos, cada uno con diferentes niveles de atención, dirigido a diferentes grupos, con precios

diferentes y con resultados diferentes. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento y muchos millones más, parecían no saber si estaban protegidos por un seguro de salud público. Además de que esto dificulta la continuidad de la atención, también es ineficiente, debido a los múltiples requerimientos que se solicitan para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro. Esta configuración institucional del Sistema de Salud no es adecuada tanto para los usuarios como para los contribuyentes (OCDE, 2016).

El problema actual y el rezago en nuestro sistema de salud se ve reflejado en el índice de longevidad; México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la OCDE, ampliándose de 4 a casi 6 años de diferencia pues mientras que la esperanza de vida de los países de la OCDE se incrementó en promedio tres años entre 2000 y 2013 (aumentó de 77.1 años a 80.4 años), en México solo incrementó 1.3 años (de 73.8 a 74.6 años) (OCDE, 2016).

Otro asunto específico son las altas tasas de obesidad y diabetes en México. Entre 2000 y 2012 las tasas de sobrepeso y de obesidad pasaron del 62.3% en la población adulta a 71.3%; así como también uno de tres niños tiene sobrepeso u obesidad y esto a su vez se refleja en los altos índices de Diabetes (OCDE, 2016).

Sumado a lo anterior y conectándolo con uno de los capítulos que tratara sobre los Objetivos de la Agenda 2030, encontramos que acorde a El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) un poco menos de 10% de la población sigue viviendo en pobreza extrema y México es el segundo país más desigual en el área de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre 4 y 6 veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Aproximadamente, tres cuartas partes de la población indígena en México vive en pobreza, comparado con alrededor de cuatro de cada diez personas no indígenas (Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016, pág. 11).

En cuanto al mercado laboral mexicano, la OCDE hace hincapié en las tasas altas de trabajo en empleos informales donde casi el 60% del empleo en el país es en este sector, enfatizando en que estas tasas limitan los recursos disponibles para financiar públicamente la atención a la salud y otras formas de protección social como lo es el

gasto público en la protección social, mismo que representa 7.9% (2012) del PIB, es decir casi un tercio del promedio de la OCDE de 21.6%.

La OCDE recomienda que México debe incrementar su nivel de gasto público en salud, junto con iniciativas para incrementar la eficiencia del sistema de salud (OCDE, 2016):

- Aumentar el tamaño de la fuerza laboral formal para generar recursos adicionales para el sector salud.
- El gasto de bolsillo alto puede evitarse al mejorar al acceso a la atención en el sector público.
- Un cambio gradual hacia un incremento del financiamiento de impuestos generales, en especial para nuevos ingresos podría mejorar la previsibilidad del financiamiento.

Los recursos del Seguro Popular, ahora INSABI se deben distribuir a los estados con mayor regularidad y las asignaciones deben basarse en la necesidad más que en el número de afiliados; los mexicanos deberán ser capaces de mantener la cobertura de aseguramiento en salud, independientemente de su situación laboral (OCDE, 2016).

Es entonces que todos los principales actores involucrados están de acuerdo en que México necesita construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible y para enfrentar esta constelación desafiante de circunstancias, México necesita un sistema de salud que responda a las necesidades cambiantes de las personas, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable. Sin embargo, un análisis de las disposiciones actuales sugiere que esto está lejos de ser el caso (OCDE, 2016).

Una vez tomando en cuenta al Sistema de Salud de manera general en cuanto a su conformación en estructura y presupuesto, así como una opinión externa de la OCDE acerca de este, a continuación, nos enfocaremos a la parte de salud mental, específicamente a la atención del trastorno de depresión mayor a nivel mundial y nacional.

2.2 PROGRAMAS EN SALUD RELACIONADOS PARA LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

La depresión puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar el desempeño productivo en el trabajo, escuela y la capacidad de afrontar la vida diaria conduciendo el suicidio en muchos casos, la Organización Mundial de la Salud ha realizado diversas actividades para contribuir con la disminución de este grave problema de salud a nivel mundial.

Una actividad que han tomado es la prevención del suicidio, como se mencionó anteriormente más de 800 000 personas mueren cada año debido a esta causa, habiendo indicio de que por cada adulto que se suicidio existen otros 20 que quedaron en el “intento” de suicidio, y debido a que es una causa de muerte prevenible se han creado diversas estrategias integrales de prevención como el día mundial de prevención del suicidio.

Otra actividad es la creación del Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020 cuyo objetivo fue reducir un 10% de los índices de suicidio, este plan se crea ante la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitarios y social de los países (OMS, 2013). Este plan nos habla de los determinantes de la salud mental y sus trastornos; incluyen características no solo individuales sino también la capacidad de gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones, así como, factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran miembros de las familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos (Personas con Diabetes, Hipertensión, sobrepeso, obesidad, etc), los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, ancianos, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (OMS, 2013).

La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados.

Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres (OMS, 2013).

La OMS y otras organizaciones han elaborado manuales de prevención orientados a profesionales como no profesionales entre ellos:

- Enfrentando problemas plus (EP+)
Es un manual que brinda los requerimientos de los colegas a nivel mundial sobre ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad, es decir en comunidades expuestas a violencia, a entorno no favorable, a pobreza extrema, etc. (OMS, 2016).
- Terapia de grupo interpersonal (IPT) para depresión
Es un manual que la OMS crea en conjunto con otras instituciones como un facilitador para otorgar terapia y ayuda mediante personas que no necesariamente fueron entrenadas en salud mental. Utiliza la terapia interpersonal en grupo para ayudar a la difusión y aclarar que la IPT puede ser aplicada en caso de necesidad por no especialistas con el objetivo de cubrir especialmente países de bajos y medianos ingresos o con condiciones limitadas (OMS, 2016).
- Pensamiento saludable
Es un manual creado para la atención psicosocial de la depresión perinatal, abarcando la evaluación y manejo de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas mediante la atención por profesionales no especializados en salud mental como médicos generales, clínicos y enfermeras. Se considera una intervención de baja intensidad por el uso de menos recursos, lo que la hace más accesible y abarca un mayor número de personas. Se crea tomando en cuenta que aproximadamente el 20% de mujeres de bajos y medianos ingresos sufren trastorno mental tras el parto (OPS, 2015).

Un aumento de inversión es necesario, incluso en países de ingresos altos, pues casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento, en promedio a nivel mundial solo el 3% de los presupuestos se invierten en salud mental (OMS, 2019).

Una inversión en salud mental beneficia el desarrollo económico, un reporte de la OMS aclara que por cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento para depresión y ansiedad conduce a un retorno de 4 dólares en mejor salud y habilidad para trabajar (OMS, 2017).

La falta de acción es costosa resultando en pérdida económica global de un billón de dólares cada año; los empleadores sufren cuando los empleados se vuelven menos productivos y son incapaces de trabajar y como consecuencia los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar.

En las Américas, casi siete (7) de cada diez (10) personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan (OMS, 2017).

Por otro lado, en México existe el Programa de Acción de Salud Mental 2001-2006 que se creó como compromiso para apoyar a la población que padece de alguna enfermedad mental, de manera que esta población se integre a la sociedad sana y próspera. Se crea por primera ocasión en ese año y contempla nueve programas para diversas etiologías mentales, entre sus objetivos se encontraron (Secretaría de Salud, 2001):

- Destinar mayores recursos para sistemas de vigilancia epidemiológica
- Disponer de estudios e investigaciones para conocer el impacto de las intervenciones
- Utilizar modelos preventivos de mayor eficacia en el ámbito educativo
- Disponer de centros regionales de tratamiento vinculados a los sistemas estatales de salud
- Fomentar en la educación formal la prevención de la violencia familiar
- Realizar una campaña nacional, educativa, para atender la depresión
- Fomentar la salud mental infantil, estableciendo la definición “niño en riesgo”
- Establecer redes estatales para la atención ambulatoria de salud mental.

Posteriormente ante los escasos resultados del programa anterior y el bajo cumplimiento de objetivos se crea el Programa de Acción Específico 2012-2018 en Salud Mental,

mismo que puso énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales como una estrategia efectiva para reducir la carga de estos trastornos, ante la detección y atención temprana para mejorar la calidad de vida y reducir los costos de atención.

Su plan es la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura, mediante la descentralización de la atención, iniciándola en el sector primario incrementando unidades de psiquiatría en hospitales generales, así como las villas de transición hospitalaria.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental considera que se debe aumentar la inversión en salud mental, plasmado en un abasto suficiente de medicamentos, recursos humanos capacitados y recursos materiales suficientes (Secretaría de Salud, 2013).

A manera de síntesis de las estrategias planteadas en este plan de acción y sus respectivos lineamientos considero como objetivos principales los siguientes:

1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales.
2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental (Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018, págs. 65-73).

Existen diversos programas a nivel mundial para la atención de salud mental, incluyendo todos ellos al Trastorno de Depresión Mayor, dirigidos no solo a personas especialistas sino a aquellos profesionales que puedan brindar apoyo en zonas donde no es fácil el acceso a servicios de salud, y mucho menos de salud mental, en México contamos con

nuestros programas de acción, sin embargo, hasta el día de hoy no han tenido los resultados esperados, probablemente por error en su implementación y bajo seguimiento.

2.3 SATISFACCIÓN LABORAL

En la actualidad no existe una definición unánime respecto del concepto de satisfacción laboral, sin embargo, la mayoría coincide en que es la percepción del trabajador que da como resultado un estado emocional en su trabajo.

La satisfacción de un trabajador con su entorno laboral es relevante para aquellos que administran una organización pues esta percepción se verá reflejada en su productividad, su nivel de ausentismo o rotación laboral, y la experiencia de percepción que tenga el trabajador repercutirá en su manera de actuar en la organización (Sánchez Trujillo & García Vargas, 2017).

El autor Gibson define a la satisfacción laboral como:

“El resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como es el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la satisfacción de los grupos de trabajo, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios. Aunque son muchas las dimensiones que se han asociado con la satisfacción en el trabajo, hay cinco de ellas que tienen características cruciales” (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1996, pág. 138).

- Paga: La cantidad recibida y la sensación de equidad de esa paga.
- Trabajo: El grado en el que las tareas se consideran interesantes y proporcionan oportunidades de aprendizaje y de asunción de responsabilidades.
- Oportunidad de ascenso: La existencia de oportunidades para ascender.
- Jefe: La capacidad de los jefes para mostrar interés por los empleados.
- Colaboradores: El grado de compañerismo, competencia y apoyo entre los colaboradores (Gibson, Ivancevich, & Donnelly, 1996, pág. 138) (Caballero, 2002, pág. 3) .

Sobre la conducta generada por los individuos como consecuencia de la satisfacción laboral se han generado teorías de la motivación, una de ellas es la teoría de los dos factores de Herzberg, la cual nos habla de la importancia de la motivación (Herzberg, 1967):

“Herzberg (1967) establece que la satisfacción laboral y la insatisfacción en el trabajo representan dos fenómenos totalmente distintos y separados entre sí en la conducta profesional. Este modelo viene a decir que la persona

trabajadora posee dos grupos de necesidades: unas referidas al medio ambiente físico y psicológico del trabajo (“necesidades higiénicas”) y otras referidas al contenido mismo del trabajo (“necesidades de motivación”). Si se satisfacen las “necesidades higiénicas”, el trabajador no se siente ya insatisfecho (pero tampoco está satisfecho = estado neutro); si no se satisfacen estas necesidades, se siente insatisfecho. El individuo sólo está satisfecho en el puesto de trabajo cuando están cubiertas sus “necesidades de motivación”. Si no se cubren estas necesidades, no está satisfecho (pero tampoco está insatisfecho = estado neutro)”

La relación satisfacción y desempeño puede ser un factor causal donde existen recompensas intrínsecas como el sentimiento por sus responsabilidades y extrínsecas como la paga, promoción y posición (Lawler, 1967). La satisfacción laboral se verá relacionada entonces con múltiples factores como las condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, la motivación y la cultura organizacional, mismas que son medidas por la psicología Industrial con entrevistas por instrumentos estandarizados.

En cuanto a la aplicación del concepto de satisfacción laboral en la enseñanza existen diversos autores que han hablado de ella, encontrando a la satisfacción como una respuesta empática vinculada a un estímulo, es decir que la satisfacción laboral del docente se relaciona con su labor y personalidad (misma que se adapta al ambiente al que se expone), establecida entonces por el sujeto a partir de una valoración de las condiciones providentes de su trabajo, por lo que los elementos afectivos, cognitivos y comportamentales estarán en íntima relación (Rodríguez, 2002).

Un estudio aplicado en profesores universitarios analiza la influencia relativa de ciertos factores disposicionales (autoevaluaciones esenciales) y factores psicosociales sobre la satisfacción laboral en Latino América, donde ambos factores constituyen predictores significativos de la satisfacción laboral brindando la recomendación de que los directivos deberían evaluar las condiciones laborales tendientes a reducir los riesgos psicosociales, debido a la asociación directa con la satisfacción laboral (Pujol-Cols & Dabos, 2019).

Aunado a lo anterior se ha propuesto un modelo basado en el bienestar de los trabajadores (Job demand control model) donde por un lado existe un proceso de deterioro que conduce al agotamiento y por otro un proceso motivador que conduce al compromiso laboral, identificando en común que el estrés ha sido un factor de impacto

que desencadena demandas laborales, demostrado a su vez que una de las ocupaciones con factor importante de estrés es la enseñanza (Chaplain, 2008).

A nivel de educación media superior diversas investigaciones valoran los indicadores negativos del desempeño y los resultados relacionados con el trabajo de los docentes universitarios, como el estrés, el agotamiento y la insatisfacción laboral (Skaalvik & Skaalvik, 2007). Donde se corrobora en el estudio de Jiyong, et al, el cual expone que los trabajos en docencia con altas demandas, agotan los recursos mentales y físicos de los empleados produciendo resultados adversos, concluyendo que ante niveles emocionales altos secundarios a la demanda laboral se producirá deterioro en la salud generado por estrés crónico, fatiga, agotamiento emocional y desembocando en una disminución de la satisfacción laboral (Jiyong, Hongbiao, Junju, & Jing, 2019).

Lo anterior es demostrado en diversos estudios de neuroimagen y neurobiología lo cuales han implicado el papel de la corteza prefrontal (PFC) en la regulación del estrés, al utilizar imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI), el estudio de Qin y sus colegas informaron que un estrés agudo inducido experimentalmente en individuos sanos resultó en una reducción de la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC) relacionada con la memoria de trabajo y también una zona afectada en el trastorno de depresión mayor. Y es por ello por lo que Po-Han et al, demuestran correlaciones entre el agotamiento ocupacional y la actividad cortical reducida en el área frontotemporal bilateral y corteza prefrontal dorso lateral (Chou, y otros, 2016).

Estos estudios mencionados y otros previos han demostrado que el apoyo social está relacionado de manera negativa al agotamiento emocional y positivamente con la satisfacción laboral (Schaufeli & Bakker, 2004).

Es entonces como la mayoría de los autores que tratan la satisfacción laboral desde el punto de vista psicológico y organizacional lo vinculan a las emociones y estas a su vez estarán vinculadas al estado/salud mental de las personas que laboran en dicha organización por lo cual, entendiendo al trastorno de la depresión mayor como la principal causa de discapacidad psicosocial y a su vez un estado mental alterado, se debe estudiar de la mano e indagar sobre una posible relación entre esta y la satisfacción laboral de los docentes.

2.4 NORMA APLICATIVA EN LA ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

Como se planteó anteriormente, la depresión es un trastorno considerado como enfermedad no transmisible, altamente prevenible, y debido a su incremento en prevalencia durante los últimos años y al impacto negativo que tiene sobre los años perdidos por discapacidad, que a su vez se ven implicados en la baja productividad laboral y social, considero importante su pronta detección para entonces brindar atención temprana y evitar los problemas secundarios desencadenantes.

Como es bien conocido, la población mexicana ocupa en su mayoría empleos informales y subempleos, mismos que generan inestabilidad económica, y problemas a nivel de satisfacción (laboral, social, emocional), por lo cual, la vida laboral es considerada un factor estresante. Debido a lo anterior considero que la norma que se trata a continuación tiene un fuerte impacto en la prevalencia de la enfermedad por depresión mayor y en su detección y atención oportuna.

Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

Acorde a la Organización Internacional del Trabajo se entiende como factor psicosocial a aquellas características de las condiciones de trabajo que afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, es decir, son aquellas interacciones entre el trabajo y su medio ambiente donde intervienen la satisfacción, las condiciones de su organización, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera y dentro del trabajo, lo cual a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud y rendimiento del trabajador (OIT, 2020).

Los factores psicosociales se relacionan estrechamente con el estrés, entendiéndolo a este como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante ciertos aspectos negativos del entorno.

Se entiende como riesgo de origen psicosocial según la Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo a aquel aspecto de la organización, así como de su contexto social y ambiental que tiene un potencial a causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores (AESST, 2003).

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo se encuentran 5 grupos de riesgos psicosociales, mismos que la figura 2.4.1 nos ejemplifica:

1. Exceso de exigencias psicológicas del trabajo
2. Falta de control, influencia y desarrollo en el trabajo
3. Falta de apoyo social y de calidad de liderazgo
4. Escasa compensación del trabajo
5. Doble jornada

Figura 2.4.1 Factores de riesgo psicosociales

<p>Factores del entorno y del puesto de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Carga de trabajo excesiva (exigencias psicológicas)</i>• <i>Jornadas largas y horarios irregulares o extensos de trabajo</i>• <i>Mal diseño del entorno y falta de adaptación ergonómica</i>• <i>Falta de autonomía y control en la realización de tareas</i>• <i>Ritmo de trabajo elevado</i>• <i>Falta de claridad en las funciones</i> <p>Factores organizativos</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Supervisión y estilos de dirección inadecuados</i>• <i>Estructura organizativa deficiente y ausencia de trabajo en equipo</i>• <i>Falta de apoyo social</i>• <i>Clima y cultura organizativa</i>• <i>Ausencia de cultura de prevención de riesgos</i>• <i>Salario insuficiente y valoración inadecuada de puestos de trabajo</i>• <i>Discriminación</i> <p>Relaciones en el trabajo</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Acoso sexual</i>• <i>Acoso laboral o mobbing</i>• <i>Violencia laboral</i> <p>Seguridad en el empleo y desarrollo de carrera profesional</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Inseguridad sobre el futuro en la empresa</i>• <i>Dificultad o imposibilidad de promocionarse y desarrollar carrera</i> <p>Carga total de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Doble jornada; interacción de demandas familiares y laborales</i>• <i>Descanso insuficiente</i>

Fuente: (Organización Internacional del Trabajo)

Estos riesgos psicosociales se han estudiado de diversas formas demostrando una extensiva evidencia del efecto negativo que genera su presencia en la salud de los trabajadores (Gilbert-Ouimet, 2014), como lo demuestra un estudio de Harvey donde se

documenta un amplio espectro de efectos adversos para la salud, en particular, trastornos mentales y enfermedades cardiovasculares desencadenados de factores psicosociales (Harvey et al., 2017; Theorell et al., 2015).

Aunado a lo anterior se han identificado que los riesgos psicosociales pueden provocar trastornos de ansiedad, alteraciones en la higiene del sueño, y estrés, y a su vez generan alteraciones en el desempeño, actitud, efectos en los tiempos de trabajo (rotación laboral, ausentismos) y aumento en costos económicos (accidentes de trabajo, bajo rendimiento y baja productividad) (Patlán, 2020).

Otros autores se enfocaron en las relaciones entre las prácticas de gestión laboral y el ambiente de trabajo (intervenciones psicosociales) concluyendo que los factores psicosociales se asocian con una vida laboral más saludable y una mayor calidad laboral y sustentan los conceptos de humanización y democratización del trabajo incluyendo alta participación y organización de aprendizaje, mismos que deberían caracterizar los regímenes de gestión laboral en todas las organizaciones (Montano et al., 2014; LaMontagne et al., 2007; MacDonald et al., 2008).

Por otro lado, existe un estudio que valora el impacto de las horas laborales, tomando en cuenta trabajar > 40 a 50 horas por semana, en este estudio se encontró que las horas de trabajo no tenían asociación significativa con la productividad siempre y cuando se ajustara el compromiso laboral (Okasaki, 2010). Hallazgos similares demostraron que no las horas de trabajo sino las condiciones laborales, como la alta satisfacción laboral y el alto control del trabajo, eran importantes para mejorar la salud psicológica en el campo laboral (Hino, 2015). Así como niveles extremadamente altos de participación en el trabajo acompañados de baja motivación y satisfacción aumentan el riesgo de aparición de episodios de depresión mayor (Imamura, 2016).

Dentro de los factores psicosociales más estudiados se encontraron la demanda de trabajo, el grado de responsabilidad, la influencia de los trabajadores en la toma de decisiones, las posibilidades de desarrollo, el soporte y ambiente sociales y el reconocimiento que logran.

La consideración positiva de los factores antes mencionados ha mostrado generar mejor adaptación para el trabajador, lo que forja un mejor ambiente de trabajo psicosocial, y funciona como un vehículo útil para reducir las desigualdades en salud ocupacional, así como las exposiciones a los factores de riesgo psicosocial y a su vez promueve intervenciones preventivas primarias en el lugar de trabajo (Llorens, 2019).

2.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-STPS-2018 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO-IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y PREVENCIÓN

La NOM 035 se crea a modo de establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo.

Se entiende como entorno organizacional favorable a aquel que promueve en el trabajador el sentido de pertenencia, formación para un adecuado desempeño de sus actividades, definición precisa de responsabilidades, participación proactiva de los trabajadores y comunicación asertiva y efectiva, así como la distribución adecuada de cargas de trabajo (STPS, 2019).

Y como factores de riesgo psicosocial a aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, mala higiene del sueño, estrés grave y problemas de adaptación que conlleven a trastornos más graves como depresión, todos ellos derivados de la naturaleza de las funciones del puesto del trabajo, la jornada y la exposición a eventos traumáticos para el trabajador (STPS, 2019).

Esta norma será aplicada y regirá en todo el territorio nacional aplicando a todos los centros de trabajo existiendo una disposición en la misma que contempla 3 categorías según el número de trabajadores; hasta 15 trabajadores; de 16-50 trabajadores y más de 50 trabajadores.

La NOM 035 tiene distintos campos de aplicaciones acorde a el número de trabajadores que integren la organización o empresa.

- a) Para centros de trabajo en los que laboren hasta quince trabajadores deberán cumplir con lo dispuesto por los numerales 5.1, 5.4, 5.5, 5.7, 8.1 y 8.2 de la presente Norma.
- b) Para centros de trabajo en los que laboren entre dieciséis y cincuenta trabajadores deberán cumplir con los numerales 5.1, 5.2, del 5.4 al 5.8, 7.1, inciso a), 7.2, del 7.4 al 7.9, y el Capítulo 8 de la Norma
- c) Para centros de trabajo en los que laboren más de 50 trabajadores deberán cumplir con los numerales 5.1, del 5.3 al 5.8, 7.1, inciso b), del 7.2 al 7.9 y el Capítulo 8 de la presente Norma.

En el caso de esta tesis, se contempla una organización con más de 50 trabajadores por lo que a continuación se mencionan los puntos a seguir para esta categoría.

En el punto 5 de esta norma se hablan de las obligaciones del patrón, las cuales son:

- La prevención de los factores de riesgo psicosocial
- La prevención de la violencia laboral
- La promoción de un entorno organizacional favorable

En sus diferentes puntos tratará cómo es que se deben de identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y que medidas se tomarán para favorecer un entorno organizacional favorable, así como identificar a aquellos trabajadores expuestos o propensos a estos factores de riesgo.

El punto 6, nos habla de las obligaciones de los trabajadores entre las que se incluyen comprender y saber las medidas de prevención, identificar los factores de riesgo psicosocial y la abstención de realizar prácticas contrarias al entorno organizacional favorable y actos de violencia laboral, así como en caso de presenciarse o conocerlas saber cómo demandarlas (SEGOB, 2018).

El punto 7 aplicativo a nuestra población de estudio, nos indica como identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y como se deberá realizar la evaluación del entorno organizacional (SEGOB, 2018).

En el capítulo 8 llamado “medidas de prevención y acciones de control de los factores de riesgo psicosocial, de la violencia laboral, y promoción del entorno organizacional favorable” se establecen las bases para llevar a cabo la prevención por medio de acciones, tomando en cuenta la relación de liderazgo, de carga de trabajo, de apoyo social, equilibrio trabajo- familia, y que acciones se deberán enfocar según el plano organizacional e individual de la situación presentada en el entorno organizacional (SEGOB, 2018).

Para el cumplimiento adecuado y oportuno la norma sugiere que la organización implemente una política de prevención de riesgos psicosociales donde sean declarados los principios y compromisos que establece el patrón para dicha prevención y como se llevará a cabo la promoción del entorno organizacional favorable (SEGOB, 2018).

La Norma consta de dos etapas para entrar en vigor, la primera es la Política la cual consiste en la identificación de los trabajadores expuestos a acontecimientos traumáticos severos y la difusión de información que entra en vigor en su fecha de publicación, el 23 de octubre del 2019 en todas las empresas dentro del territorio nacional, donde ante su incumplimiento se otorgará una multa (STPS, 2019).

Y la segunda etapa llamada Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial donde la evaluación de la organización, acciones de control, así como practica de exámenes médicos y registros entraran en vigor el 23 de octubre de 2020 (STPS, 2019).

La NOM 035 permite a las empresas la implementación de una preocupación, antes nula, por la salud mental de sus trabajadores, como identificar y prevenir los riesgos psicosociales a los que están expuestos, por lo que su adecuada implementación nos otorgará un gran beneficio en la salud mental, pues se pretende la atención temprana y oportuna de trastornos como la depresión y en muchas ocasiones nos otorgará la oportunidad de trabajar sobre los factores desencadenantes.

2.6 RELACIÓN ENTRE FACTORES PSICOSOCIALES, SATISFACCIÓN LABORAL Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DOCENTE

La depresión es una afectación mental que la padecen aproximadamente 300 millones de personas en el mundo, y es considerada como una causa de discapacidad que promueve el ausentismo laboral (Bermúdez, 2018). Entre las causas comprobadas que desencadenan el TDM se encuentra la relación con el entorno, entre este destaca la satisfacción laboral y los factores psicosociales.

Según Fernández-Puig los factores psicosociales son la principal causa de pérdida de salud en los docentes manifestándose en forma de estrés crónico, el cual a su vez incrementa el riesgo de sufrir cambios emocionales, cognitivos y psicosomáticos (Fernández-Puig, 2015).

Por otro lado, la Organización Internacional del Trabajo declaró que, si los factores psicosociales son inadecuados en el lugar de trabajo, especialmente en el caso de la docencia, contribuyen a una serie de daños en la salud de naturaleza psicológica, somática, emocional y en el comportamiento, generando así estrés, depresión y dolor (Unda, 2016).

Con base en lo previo se han realizado estudios, en uno de ellos demuestran una correlación significativa entre el estrés presentado en personal docente y los factores psicosociales, siendo las presentaciones más frecuentes la ansiedad, la depresión y los problemas no adaptativos (GenovevaAlvites-Huamaní, 2019) . Según González, el estrés que los docentes pueden sufrir generalmente se relaciona a factores psicosociales como infraestructura, equipo, espacios físicos, y tecnologías (González, 2018). Añadido a esto, la profesión en docencia demanda demasiado a quienes la practican debiendo tener contacto con diferentes personas que tienen diferentes costumbres e ideologías lo que implica una readaptación constante a situaciones cambiantes en los grupos y en la sociedad misma desencadenan estrés en el personal docente (González, 2018).

Por otro lado, existe evidencia de la presencia de depresión mayor en docentes, un estudio enfocado a docentes mexicanas encontró que el 16% de su muestra realizada presentó depresión severa, de las cuales el 80% no tenían un tratamiento farmacológico

el cuál puede ser por el bajo acceso a servicios médicos o por subdiagnóstico. Por lo que contemplar el aspecto médico y contextual de los factores asociados a la depresión en los subgrupos de alto riesgo a presentar trastorno de depresión mayor de manera temprana generará un impacto positivo (Soria-Saucedo, 2018).

Es por lo anterior, que un enfoque en lo factores psicosociales tendrá un impacto en la salud del trabajador especialmente en su productividad, calidad, ausentismo y disminución en el abandono de la organización (Fernández-Puig, 2015).

2.7 SUSTENTABILIDAD EN SALUD

En septiembre del año 2000 la ONU aprobó la Declaración del Milenio, comprometiendo a los países a una nueva alianza para reducir los niveles de pobreza estableciendo ocho objetivos sujetos a plazo conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades
7. Garantizar sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

(Unidas N. , 2000)

El vencimiento del plazo para cumplirse se fijó para el año 2015, estos puntos fueron efectivos, como ya se mencionó, al dar buenos resultados y reducir las tasas de pobreza extrema, mortalidad infantil, muertes, controlar enfermedades como sarampión VIH, etc, sin embargo, no logró muchas de las metas establecidas.

Es por lo anterior que el 25 de septiembre del 2015 se aprueba una Agenda de desarrollo Sostenible, titulado “Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” cuyo fin fue continuar con el ODM previamente propuesto y garantizar que todas las personas del mundo logren el desarrollo sostenible.

Esta nueva Agenda se basa en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas (CNDH, 2015) :

1. Fin de la Pobreza
2. Hambre cero
3. Salud y Bienestar
4. Educación de Calidad
5. Igualdad de Género
6. Agua limpia y saneamiento
7. Energía asequible y no contaminante
8. Trabajo decente y crecimiento económico
9. Industria; Innovación e Infraestructura
- 10.Reducción de las Desigualdades
- 11.Ciudades y comunidades sostenibles
- 12.Producción y consumo Responsables
- 13.Acción por el clima
- 14.Vida submarina
- 15.Vida de ecosistemas terrestres
- 16.Paz, Justicia e Instituciones sólidas
- 17.Alianzas para lograr los Objetivos

De los Objetivos previamente mencionados en este apartado trataré aquellos que se relacionan con el problema de la depresión, mismos que pueden tomarse en cuenta como factores desencadenantes, de tal manera que su implementación y seguimiento aportará a una disminución en la prevalencia de este trastorno (CNDH, 2015).

Objetivo 1 Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo

Acorde a la ONU, la pobreza incluye hambre y desnutrición, acceso limitado a salud y servicios básicos, así como la discriminación y exclusión social. El programa de este objetivo propone crear un crecimiento económico incluyente a fin de generar empleos sostenibles fomentando la igualdad, contemplando que la pobreza extrema se mide en un ingreso por persona <1.25 dólares al día (CNDH, 2015).

Como mencionamos previamente, uno de los factores que desencadenan el trastorno de depresión mayor son factores ambientales, y uno de los que se ha relacionado estrechamente con la enfermedad es la pobreza en las personas y el estrés que esta genera en las personas.

Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"

Según el apartado 3.4 de este objetivo, se propone que para el año 2030, deben reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Entendiendo por enfermedades no transmisibles a enfermedades crónico-degenerativas como Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 2, Sobrepeso, Obesidad, Enfermedades Mentales, entre otras.

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad, mortalidad y acentúan la inequidad social y debido a su estrecha relación con la salud mental y esta a su vez con la productividad de las personas, el contemplar e implementar medidas que favorezcan el cumplimiento de dicho objetivo aportara de manera positiva a la disminución del trastorno de depresión mayor.

De igual manera este objetivo en su apartado 3.5 se propone fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Por lo que tomando en consideración este, uno de los métodos para reducir el abuso de sustancias adictivas es el tratamiento de factores que desencadenan dicho consumo, estrechamente relacionado con depresión y pobreza.

Los siguientes puntos pertenecen también al tercer objetivo y su implementación tiene igualmente un impacto positivo:

- 3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el

acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 5 Lograr la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de todas las mujeres y las Niñas

ONU, la igualdad de género es la base de un mundo pacífico, próspero y sostenible. Si las mujeres tienen acceso a educación, atención médica, trabajo decente y representación en decisiones políticas y económicas, se podrá impulsar la economía sostenible (CNDH, 2015).

México ocupa la posición 25 de países en el Índice Global de la Brecha de Género 2020. A pesar de que las brechas son menores, las mujeres siguen rezagadas; en fuerza laboral ocupamos el 118 lugar, salarios 116, liderazgo y participación política el lugar 39.

Acorde al INEGI en México hay 64,540,634 millones de personas económicamente activas de las cuales 53.3 millones resulta población ocupada y de estos solo el 38.8% de mujeres forma parte de la población económicamente activa, contra el 61.1% de hombres (INEGI, 2021).

El hecho de que la depresión sea más prevalente en el género femenino tiene un factor genético, pero igualmente social, si se logran las metas del presente objetivo esta relación puede verse modificada de manera satisfactoria.

Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

El crecimiento económico es descrito como el aumento de los niveles de productividad e innovación tecnológica. El empleo es el punto de entrada al bienestar económico. Con frecuencia, tener un empleo no garantiza la posibilidad de escapar de la pobreza.

México: el informe Panorama Laboral 2015 registró una baja en la tasa de desempleo para Centroamérica y México de 5.2% a 4.8 por ciento. En 2014, en México 5.8 millones de jóvenes trabajaban en informalidad y 1.3 millones de jóvenes, 15 a 24 años, laboraban sin remuneración. Para 2021, el número de mexicanos con empleo informal representó el 56.2% de la población ocupada.

Si se preocupan por la salud mental de los trabajadores podrían modificar diferentes normas y políticas organizacionales para no generar estrés en sus empleados y atención en aquellos que presenten síntomas de alarma antes de presentar el trastorno como tal, esto disminuirá mermas laborales, aumentará su productividad y por consecuente aumentará el nivel económico a nivel social.

Objetivo 16 Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas.

Sociedades pacíficas están orientadas a solucionar problemas de inseguridad ciudadana, combatir el terrorismo y formas de violencia, como el abuso, la explotación, el maltrato y la tortura.

El acceso a la justicia para todos implica mejorar la efectividad de la rama judicial nacional, con políticas orientadas a fomentar la equidad, inclusión y participación ciudadana.

México: ocupa el noveno lugar en América Latina, con una tasa de 29 homicidios por cada 100 mil habitantes (CNDH, 2021). En 2014, la tasa de asesinatos fue de 16 por cada 100 mil habitantes. En el primer semestre de 2015, la incidencia delictiva fue de un millón 300 delitos. 63 de cada 100 mujeres mayores de 15 años han experimentado violencia en algún momento de su vida.

En el ranking sobre las 50 ciudades más violentas del mundo de la organización Seguridad, Justicia y Paz, se ubican ocho ciudades mexicanas (CNDH, 2015).

Por lo que aumentar la seguridad de tu población tendrá un impacto sobre la calidad de vida y el estrés que maneje la población disminuyendo así trastornos desencadenantes como lo puede ser la ansiedad y en nuestro tema, la depresión.

CAPÍTULO 3 MÉTODO

Se realizó un estudio sobre el TDM y su relación con la satisfacción laboral a personal docente de instituciones de educación superior y con los resultados se valoró la existencia de relación con los factores psicosociales para aportar algunas estrategias en la implementación de la NOM 035 a nivel de organizaciones académicas.

1. Recursos materiales

Revisión de literatura

Para identificar los datos de la depresión y su repercusión en la población mexicana se realizó una revisión sistemática de la literatura con preferencia a publicaciones de investigación y páginas de instituciones relevantes para mejorar la integridad del informe, también se indagó en información de la estadística mexicana, y en temas como satisfacción laboral, factores de riesgo psicosociales, NOM 035 y Objetivos de la Agenda 2030.

Añadido a lo anterior, para poder determinar una proporción de pacientes con depresión se tomó en cuenta el indicador indirecto de suicidio y sus estadísticas en México. Las estadísticas fueron tomadas del INEGI.

En la primera fase de la búsqueda se utilizaron diversas plataformas de búsqueda (Google académico, Bidi UNAM, Pubmed, INEGI, OMS, CIE-10, DSM-5) usando las palabras *depresión/ depression, la administración, la organización, sistema de salud en México, Factores de riesgo psicosociales, NOM 035, Agenda 2030*.

En la segunda fase de la búsqueda se utilizaron las mismas plataformas con términos en conjunto *Depresión AND academy, Depresión AND work satisfacción, Psychosocial factors AND academy, Psychosocial factors AND work satisfacción, Psychosocial factors AND Depression*, con el objetivo de conocer estudios relacionados con el tema a desarrollar.

Identificación del problema

Como he mencionado a lo largo del documento la depresión se ha convertido en un gran problema de salud y este a su vez tiene un impacto organizacional a nivel de satisfacción,

productividad, ausentismo, entre otros. La docencia es una de las profesiones que ha demostrado estrés crónico debido al gran compromiso que requiere su desempeño. Por otro lado, en el año 2020 se deberá implementar de manera obligatoria la nueva NOM 035, la cual es una norma enfocada en la prevención de factores de riesgo psicosociales con el objetivo de fomentar un entorno organizacional favorable.

Es por lo anterior que el presente estudio se enfoca en conocer si existe relación entre la satisfacción laboral y depresión, para que los resultados sean considerados en estrategias ante la implementación de la NOM 035 nivel de organizaciones académicas.

Selección de población Objetivo

Debido al alto impacto que las instituciones académicas tienen sobre la población es necesario que se procure una adecuada salud mental al personal y que se logre una buena percepción de la satisfacción laboral dentro de sus organizaciones, por lo que la población de estudio será personal docente a nivel de educación superior.

Realización de Encuestas

Se utilizarán dos pruebas ya validadas, los cuales serán agrupados en una encuesta general a la que se le agregarán preguntas para conocer la población de estudio. La encuesta será aplicada a población docente en México a nivel de educación superior.

La primera escala que se utilizará es el **Inventario de depresión de Beck (BDI)**, es un cuestionario auto aplicable, el cuál inicialmente identifica síntomas de depresión y ofrece la oportunidad de evaluar la severidad de los síntomas presentes. Es una de las escalas más utilizadas con una confiabilidad de α de 0.87. En nuestra evaluación será utilizada para detectar personas en la organización con trastorno de depresión independientemente de cuál sea su severidad y no será utilizada para diagnósticos personales.

La siguiente escala que se usará es la **Escala de satisfacción laboral** la cuál evalúa el grado de bienestar psicológico con respecto a las actividades profesionales que realizan las personas encuestadas; esta se complementa con la evaluación de la orientación

afectiva de los trabajadores hacia diferentes aspectos relacionados con el trabajo. Tiene un índice de confiabilidad de α de 0.78. Esta escala nos ayudará a identificar que tan satisfecho está en su ambiente laboral tanto afectivamente como productivamente.

Con la aplicación estas dos escalas obtendremos inicialmente valores para detectar depresión en el personal y secundariamente asociarlo con los resultados de la escala de satisfacción laboral.

Como es de conocimiento general existen diversas escalas psicosociales que son utilizadas en el ámbito práctico para estadificar a los pacientes en diferentes entornos, ya sea familiar, académico, profesional, etcétera. En nuestro caso utilizaremos aquellas que nos ayuden a identificar cómo es que se sienten algunos docentes en su ámbito laboral y determinar por medio de la perspectiva si es que existe una relación en que las personas desarrollen depresión, y así poder determinar si las estrategias enfocadas en la disminución de depresión y la mejora de satisfacción laboral deben ser consideradas para la implementación adecuada de la NOM 035 en organizaciones académicas.

Aplicación del instrumento

Debido a la situación de Pandemia que acontece a nivel mundial en el año 2020, para la recopilación de datos se aplicó una encuesta de manera virtual por medio de la plataforma Google forms; la encuesta contaba con 4 rubros. (Anexo 3)

- 1) Presentación y consentimiento informado
- 2) Generalidades
 - a) Género, tipo de universidad (pública o privada), nombre de universidad y facultad de trabajo, tipo de nombramiento y forma de trabajo actual.
- 3) Test de Depresión de Beck
 - a) Se aplican 21 items que valoran diferentes rasgos presentes en la depresión.
- 4) Test Escala de Satisfacción laboral
 - a) Valora satisfacción intrínseca en los primeros 7 items
 - b) Valoración de la satisfacción extrínseca en los últimos 8 items.

La encuesta fue dirigida a el sector académico, principalmente docentes que ejercieran en México independientemente del sector (público o privado), se recabó un total de 133 encuestas.

Diseño del modelo de ecuación estructural

Los modelos de ecuaciones estructurales, término en ingles *Structural Equation Modeling* (SEM) son una herramienta de estadística multivariada, que permite probar la relación que hay entre variables observadas, es decir, aquella que se mide de manera directa como la edad o el peso y variables latentes, aquellas que no se miden directamente como la depresión y la satisfacción (Bollen, *Structural equations with latent variables*, 1989). Este modelo es utilizado ampliamente en ciencias sociales y de la conducta proveyendo un marco flexible para el desarrollo y análisis de relaciones múltiples (Ortiz, 2018)

Existen dos análisis que pueden desarrollarse del SEM uno es aquel que involucran solo variables observadas estimando la correlación entre variables y otro es el análisis que ocupa variables observadas y latentes el cual estima la correlación y también su asociación (Mulaik, 2009).

Inicialmente para el planteamiento del SEM se realiza una representación gráfica, mediante el diagrama de Path se representan gráficamente las hipótesis, facilitando que estas sean convertidas en las ecuaciones necesarias para el análisis (Ortiz, 2018). Por medio de un círculo o elipse simboliza las variables latentes, mientras que las variables observadas serán representadas por un cuadrado y una asociación se simboliza por medio de una flecha unidireccional y una correlación con una flecha bidireccional (Manzano Patiñoa, 2018). Se define efecto directo como la relación inmediata que hay entre una variable y otra, e indirecto la relación entre 2 variables mediada por otra variable diferente, y el efecto total como la suma del efecto directo e indirecto (Bollen, 1987).

Por otro lado, se deben establecer los parámetros del modelo los cuales pueden ser libres, fijos y restringidos, un parámetro libre es aquel con un valor desconocido que se estima a partir del análisis, en cambio, un parámetro fijo es pre-especificado por el investigador y el parámetro restringido tiene un valor desconocido, pero el investigador impone un valor determinado (Ortiz, 2018).

Seguido a lo anterior se decide el modelo de ecuación estructural que será utilizado, en esta investigación el elegido fue el modelo de mínimos cuadrados parciales PLS por sus siglas en inglés (partial least squares structural equation modeling), el cual evalúa estructuras de modelos parciales mediante la combinación del análisis de componentes principales con regresión de mínimos cuadrados (Mateos-Aparicio, 2011). Este es seleccionado en los siguientes escenarios aplicables a la investigación presente (Hair Joseph, 2019):

- Cuando el análisis se refiere a probar un marco teórico de una perspectiva de predicción.
- Cuando una población pequeña restringe el tamaño de la muestra, tomando en consideración que el PLS-SEM ofrece soluciones con pequeñas muestras cuando los modelos tienen muchas construcciones y elementos.
- Cuando la investigación requiere de variables latentes para el análisis de seguimiento.

El algoritmo que se implementa calcula las relaciones de regresión parcial en los modelos de medición y estructurales, utilizando regresiones de mínimos cuadrados independientes (Henseler, 2014).

El PLS-SEM también permite el uso de datos secundarios, los cuales son usualmente utilizados en investigaciones exploratorias para proponer relaciones causales en situaciones que tienen definición poco clara de la teoría (Hair J. H., 2017); PLS-SEM es adecuado pues ofrece la flexibilidad necesaria para la interacción entre teoría y datos (Hair Joseph, 2019).

Ante un mayor poder estadístico significa que es más probable que PLS-SEM identifique relaciones significativas si éstas están presentes en la población (Sarstedt, 2019) y en cuanto al ajuste de bondad PLS-SEM se enfoca en la interacción entre la predicción y las pruebas teóricas y en consecuencia deben validarse los resultados (Shmueli, 2010).

Por lo que para la correcta aplicación de lo anterior deben ser consideradas las etapas del SEM, las cuales se mencionan a continuación:

Etapas SEM

- **Especificación del modelo**

Es el desarrollo de las hipótesis acerca de la relación entre variables y la elección de modelo de ecuación estructural a aplicar.

- **Identificación**

En SEM “solo modelos que están identificados pueden ser estimados”. Por lo que para que un número de parámetros que serán estimados, estos no pueden exceder los datos observados y se aplica la siguiente fórmula:

- Número de “data points” (variables observadas) = $p (p+1) / 2$

Si:

- El número de data points es mayor al observado entonces está sobre-identificado = proceder con el análisis
- El número de data-points y de parámetros es igual entonces solo-identificado= análisis irrelevante pues la hipótesis no podría ser comprobada-.
- El número de data-ponts es menor que parámetros entonces la modelo esta sub-identificado y los parámetros no pueden ser estimados.

- **Estimación del modelo**

Los parámetros son estimados con el objetivo de minimizar la diferencia entre la matriz de covarianza observada y la matriz de covarianza poblacional.

- **Evaluación de ajuste global del modelo**

Esta suele realizar considerando indicadores de bondad de ajuste, los cuales tienen un rango que va de 0 a 1, con valores altos sugiriendo mayor varianza explicada por el modelo. CFI, TLI, SRMR, RMSEA

- **Re-especificación del modelo**

Se requiere la reconsideración de la “identificación” del modelo, luego volver a estimar el modelo y evaluar su bondad de ajuste.

- **Interpretación**

El modelo refleja una teoría o conjunto de hipótesis interrelacionadas que pueden derivarse de diversas teorías, por lo tanto, su interpretación es siempre teórica (Ortiz, 2018).

2. Análisis de resultados

Evaluación de los resultados del modelo de ecuación estructural de mínimos cuadrados parciales

Inicialmente se recabaron 133 encuestas para la unificación de *ítems* a valorar, se calculó y obtuvo una equivalencia de tal forma que la cantidad de opciones elegibles fueran iguales tanto en depresión como en satisfacción y que los valores de esas opciones correspondientes fueran equivalentes.

Los ítems modificados fueron las opciones de satisfacción quedando de la siguiente manera:

- 1,2 = 0
- 3,4 = 1
- 5,6 = 2
- 7 = 3

Especificación

El modelo de ecuación estructural elegida fue el de mínimos cuadrados parciales PLS (partial least squares structural equation modeling), con el software SmartPLS.

Las hipótesis planteadas son:

- La depresión está relacionada con la satisfacción laboral intrínseca en el personal docente.
- La depresión está relacionada con la satisfacción laboral extrínseca en el personal docente.

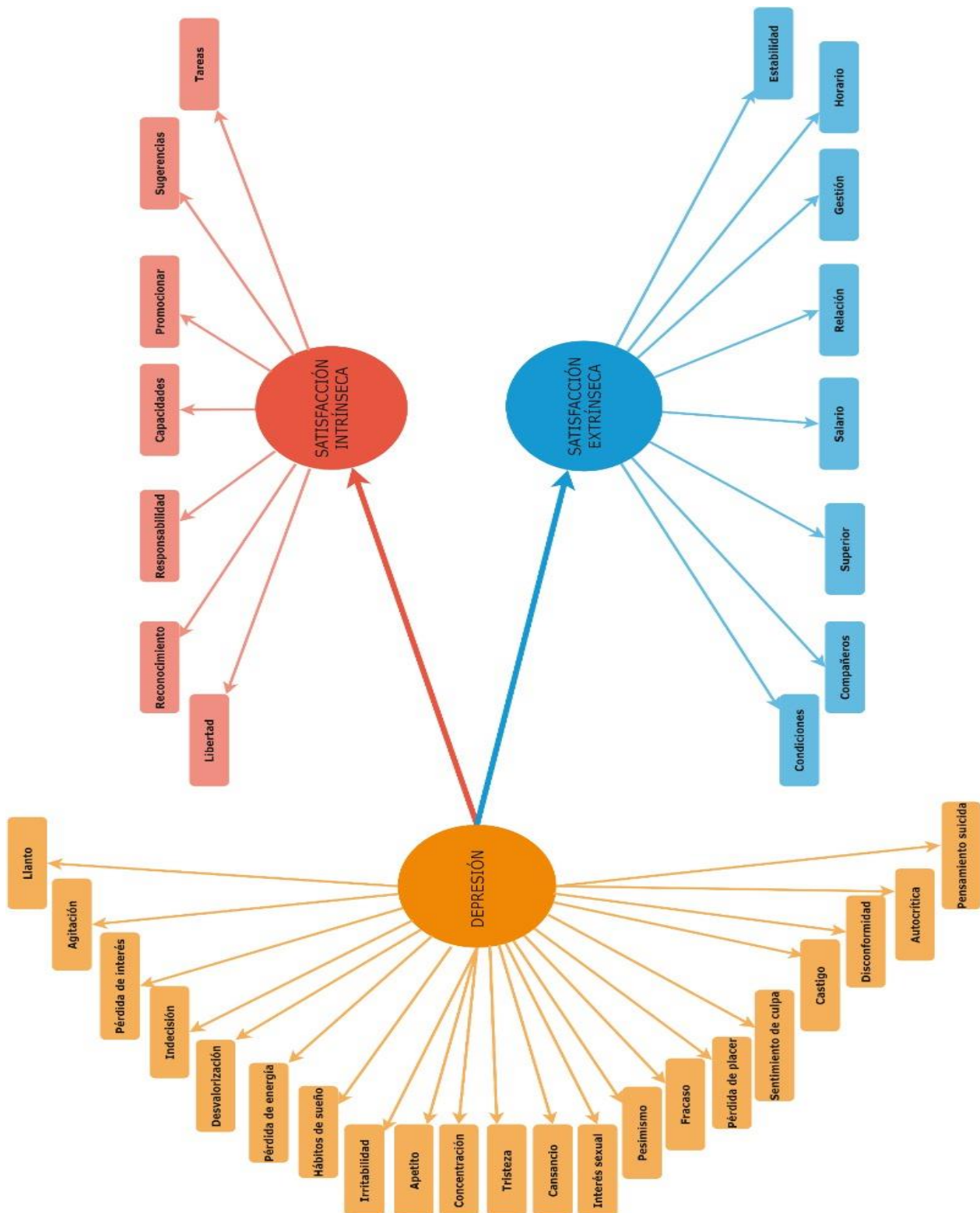
Se realizó un modelo de Path para una representación de las hipótesis planteadas, las variables estudiadas son variables latentes y corresponden a la depresión, y la satisfacción laboral, esta última se dividió en satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca, en el modelo gráfico las variables latentes se representaron por medio de un círculo/elipse, y las asociaciones fueron representadas por una flecha unidireccional.

Los ítems representados fueron:

- Depresión
 - Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, culpa, castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento suicida, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, hábito del sueño, irritabilidad, apetito, concentración, cansancio, pérdida de interés en el sexo.
- Satisfacción intrínseca
 - Libertad, reconocimiento, responsabilidad, capacidades, promoción y atención.
- Satisfacción extrínseca
 - Condiciones, compañeros, superior, salario, relación, gestión, horario, estabilidad.

A continuación, se muestra el diagrama de Path, donde se pueden observar las dos hipótesis desencadenadas y representadas por variables latentes.

Diagrama 6.2.1
Modelo de Path



Elaboración propia, basado en SmartPLS

Tabla 6.2.1

Modelo Interno estructural	Depresión académica	Satisfacción extrínseca	Satisfacción intrínseca
Depresión académica		1.000	1.000
Satisfacción extrínseca			
Satisfacción intrínseca			

Elaboración propia

Identificación

Número de “data points” (variables observadas) = $p (p+1) / 2$

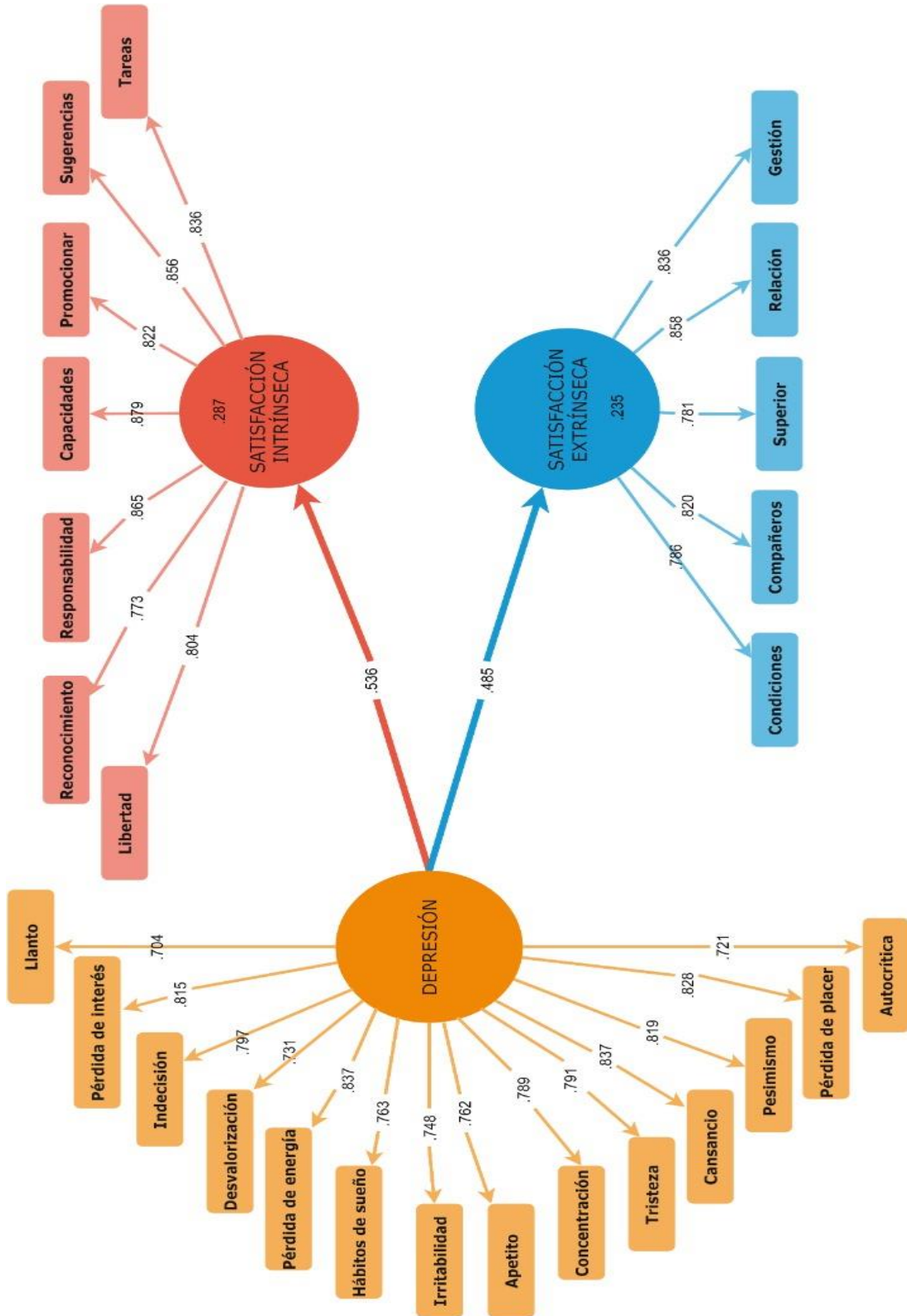
Estimación

Se usó el procedimiento PLS el cual es una estimación parcial de mínimos cuadrados (least squares), estima los patrones de relaciones entre las variables minimizando la suma de cuadrados de la desviación entre el modelo hipotetizado y el observado.

Funciona con muestras pequeñas, en este caso con una muestra de 133 encuestas.

En la evaluación de resultados del PLS.SEM, la fiabilidad de una investigación que depende en medidas establecidas, el primer paso implica examinar las cargas de los indicadores, se recomiendan cargas sobre 0.708 lo que indica que el constructo explica más del 50% de la varianza del indicador traduciéndose en fiabilidad aceptable (Hair Joseph, 2019). Debido a lo anterior se eliminaron todos aquellos ítems que tuvieran un valor <0.700 quedando de la siguiente manera representada en el diagrama de Path:

Diagrama 6.2.1
Modelo de Path corregido por fiabilidad

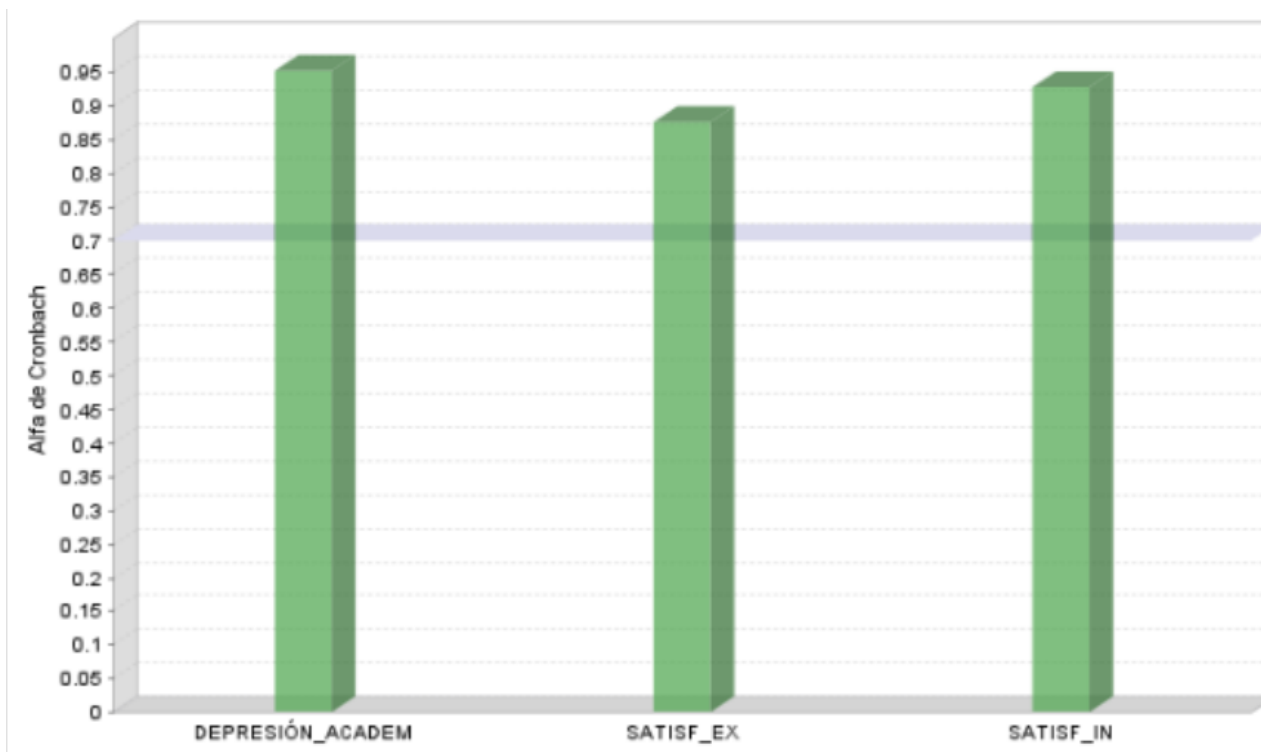


Elaboración propia, basados en SmartPLS

Para la consistencia interna de la fiabilidad se usó Alpha de Cronbach's, y r_A o fiabilidad compuesta de Jöreskog's; la confiabilidad mide el grado de estabilidad de las variables y las escalas de medición, donde como parámetro se establece un valor mayor a 0.7 (Hair Joseph, 2019).

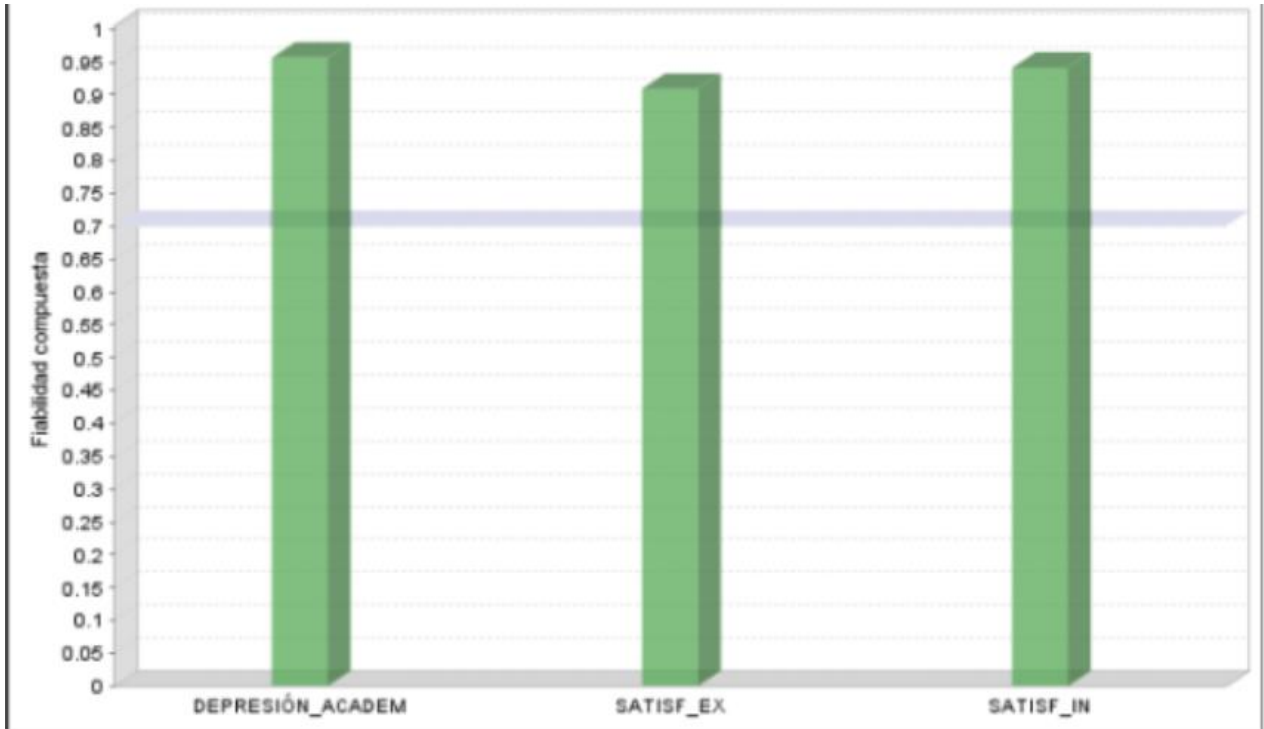
A continuación, se encuentran las gráficas 6.2.1 y 6.2.2 donde se muestran los valores de las variables con Alfa de Cronbach y fiabilidad compuesta ambas con valores superiores a 0.7, lo que indica una fuerte correlación y fiabilidad.

Gráfica 6.2.1
Alfa de Cronbach



Elaboración propia, basado en SmarthPLS

Gráfica 6.2.2
Fiabilidad compuesta

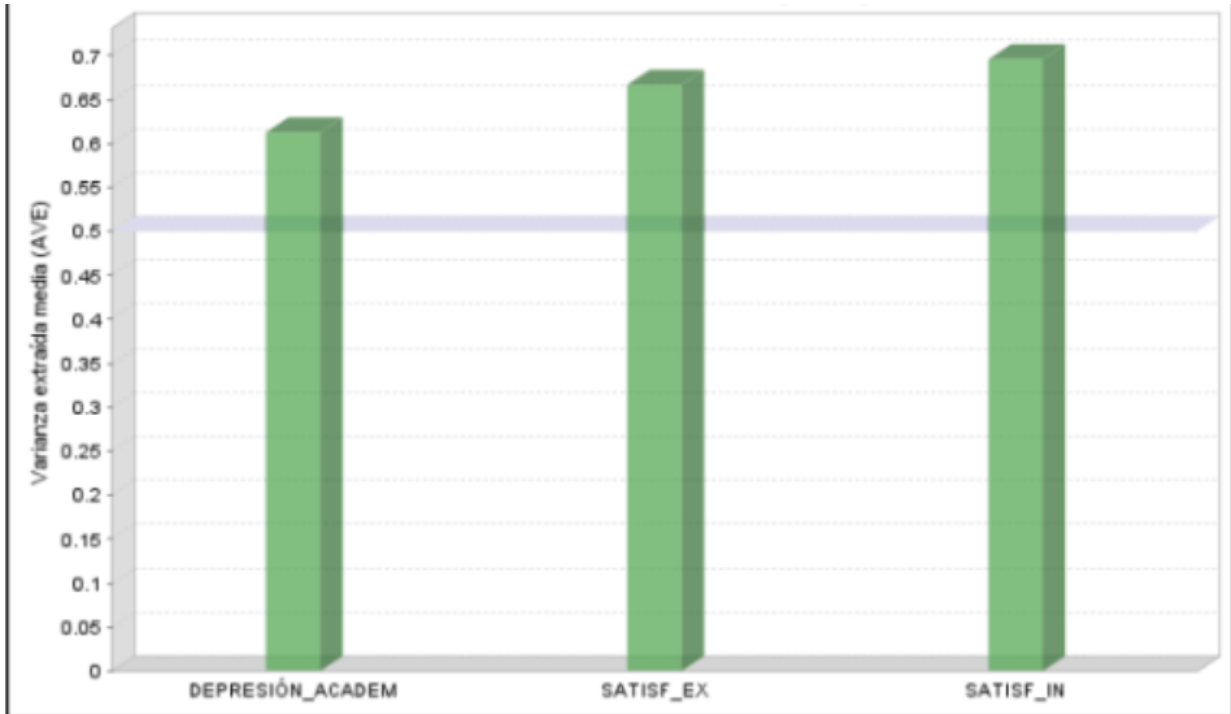


Elaboración propia, basado en SmartPLS

El siguiente paso es la validez convergente de cada medida del constructo (entendiendo como constructo a la construcción teórica desarrollada para resolver un problema planteado en una investigación); esto es la medida en que el constructo converge para explicar la varianza de sus ítems, la medición usada es el promedio de varianza (AVE) extraída para cada constructo de todos los ítems. Un resultado AVE aceptable es 0.50 o mayor, el cual indica que el constructo explica al menos el 50% de la varianza de los ítems (Hair Joseph, 2019).

En la siguiente gráfica 6.2.3 se muestra cómo es que las tres variables cuentan con la validación convergente con valores mayores a 0.500.

Gráfica 6.2.3
Varianza extraída media (AVE)



Elaboración propia, basada en SmartPLS

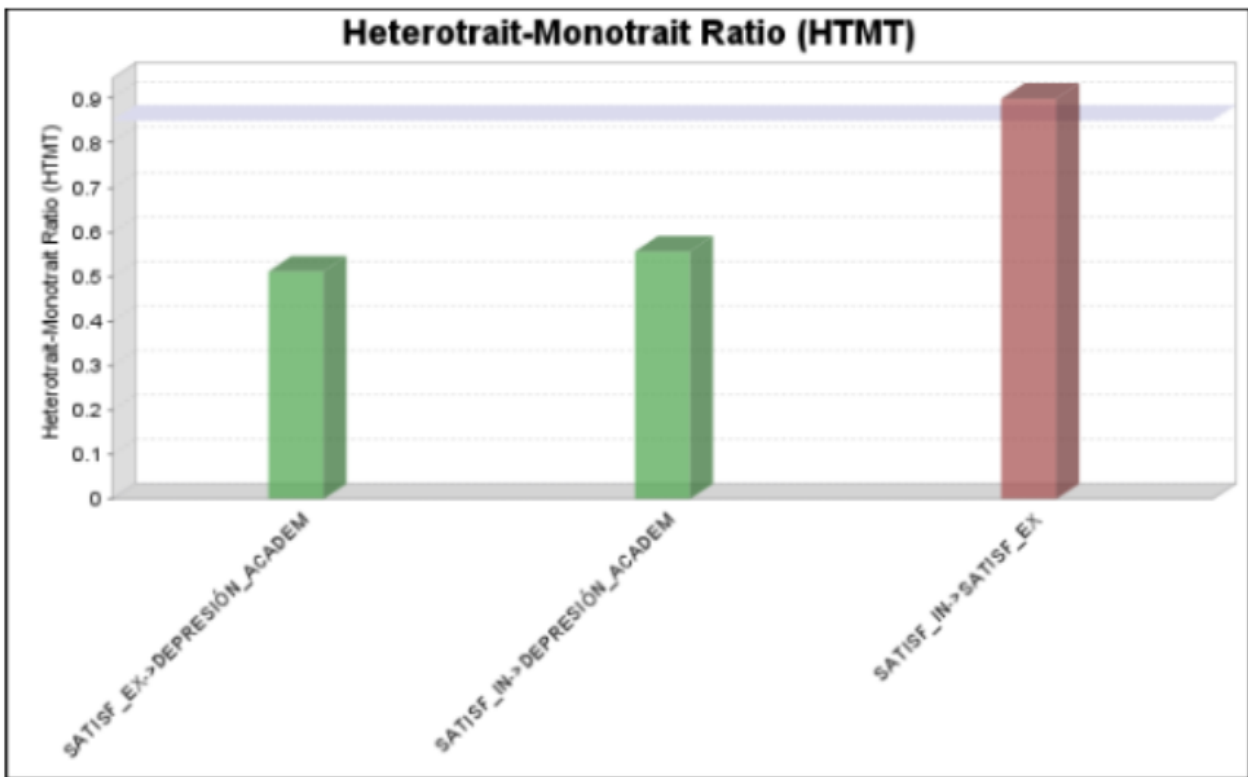
Como cuarto paso se evaluó la discriminación de validez, el HTMT es el valor medio de las correlaciones de ítems a través de los constructos relativos en relación con la media de las correlaciones promedio para los ítems que miden un mismo constructo; se propone como un valor límite 0.90 para modelos estructurales con constructos conceptualmente similares, un valor sobre 0.90 sugiere que la discriminación de validez no está presente (Hair Joseph, 2019).

Tabla 6.2.2

Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	Depresión académica	Satisfacción extrínseca	Satisfacción intrínseca
Depresión académica			
Satisfacción extrínseca	.511		
Satisfacción intrínseca	.556	.899	

Elaboración propia, basado en SmartPLS.

Gráfica 6.2.4
Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)



Elaboración propia, basado en SmartPLS.

Debido a que las mediciones anteriores resultaron satisfactorias entonces lo siguiente es la evaluación del modelo estructural, los criterios estándar de evaluación incluyen la determinación del coeficiente (R^2), la medida de redundancia validada y cruzada basada en doble ciego (Q^2), la estadística de significancia y relevancia de los coeficientes Path (Hair Joseph, 2019).

Debe examinarse la colinealidad para asegurar que no haya sesgo en los resultados de la regresión. En este proceso las puntuaciones de las variables latentes en una regresión parcial de los constructos predictores son usados para calcular el valor de VIF. Valores sobre 5 de VIF indican probables problemas de linealidad entre los constructos predictores, pero igualmente pasa cuando los valores de VIF son de 3-5, por lo que el valor ideal se considera a aquel más cercano a 3 o menor (Becker, 2015).

En la siguiente tabla 6.2.3 podemos valorar que existe colinealidad.

Depresión Llanto	2.394
Depresión Pérdida de interés	3.201
Depresión Indecisión	2.901
Depresión Desvalorización	2.242
Depresión Pérdida de energía	3.573
Depresión Hábito del sueño	2.924
Depresión Irritabilidad	2.439
Depresión Apetito	2.657
Depresión Concentración	2.960
Depresión Tristeza	3.477
Depresión Cansancio	4.111
Depresión Pesimismo	3.173
Depresión Pérdida de placer	3.454
Depresión Autocrítica	2.304
Satisfacción I, Libertad	2.429
Satisfacción E. Condiciones físicas de tu trabajo	1.659
Satisfacción I. Reconocimiento	2.345
Satisfacción E. Compañeros	2.046
Satisfacción I. Responsabilidad	3.065
Satisfacción E. Superior Inmediato	1.820
Satisfacción I. Capacidades	3.399
Satisfacción I. Promoción	2.487
Satisfacción E. Dirección	3.389
Satisfacción I. Sugerencias	3.185
Satisfacción E. Organización	3.175
Satisfacción I. Variedad de tareas	2.540

Elaboración propia, basado en SmartPLS.

Tabla 6.2.4

Valores VIF del modelo estructural	Depresión académica	Satisfacción extrínseca	Satisfacción intrínseca
Depresión académica		1.000	1.000
Satisfacción extrínseca			
Satisfacción intrínseca			

Elaboración propia, basado en SmartPLS.

La siguiente condición para valorar es la varianza explicada, es decir el valor de R², conocida también como poder predictivo, los rangos de R² van de 0 a 1, donde valores altos indican un mayor poder explicativo. (Hair J. R., 2011).

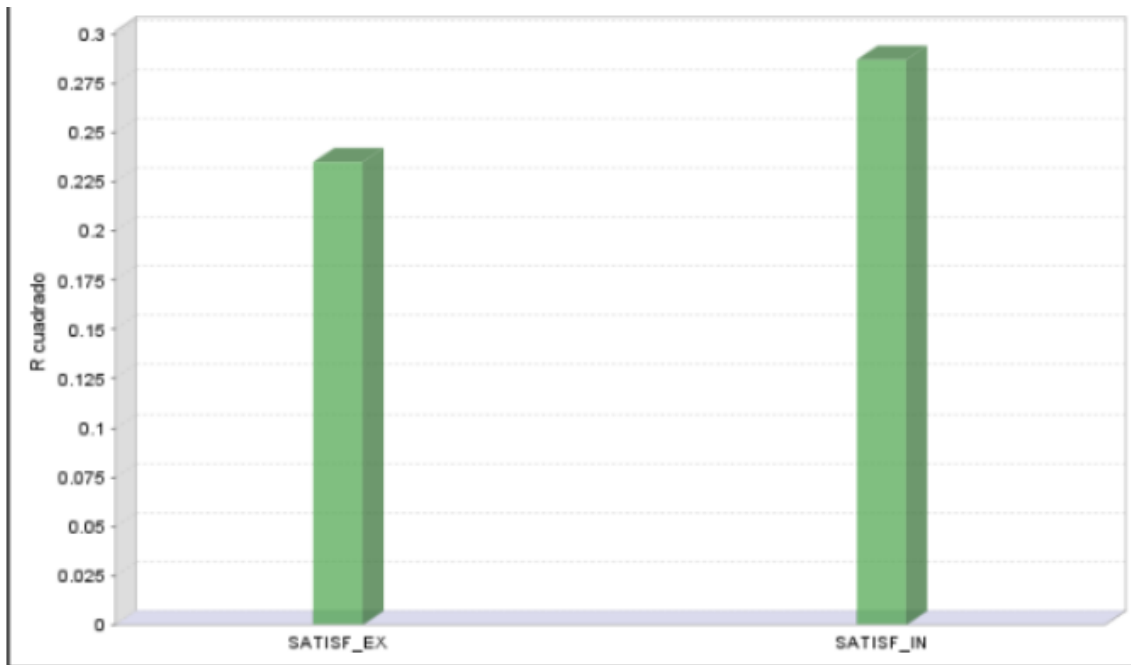
Como parámetro, esperamos un R² mayor a 0.100, en la siguiente tabla 6.2.4 y gráfica 6.2.5, podremos observar que la varianza explicada indica un adecuado poder explicativo.

Tabla 6.2.4

R cuadrada	R ²	R ² ajustada
Satisfacción extrínseca	.235	.229
Satisfacción intrínseca	.287	.282

Elaboración propia, basado en SmartPLS.

Gráfica 6.2.5
R cuadrado



R cuadrado ajustada



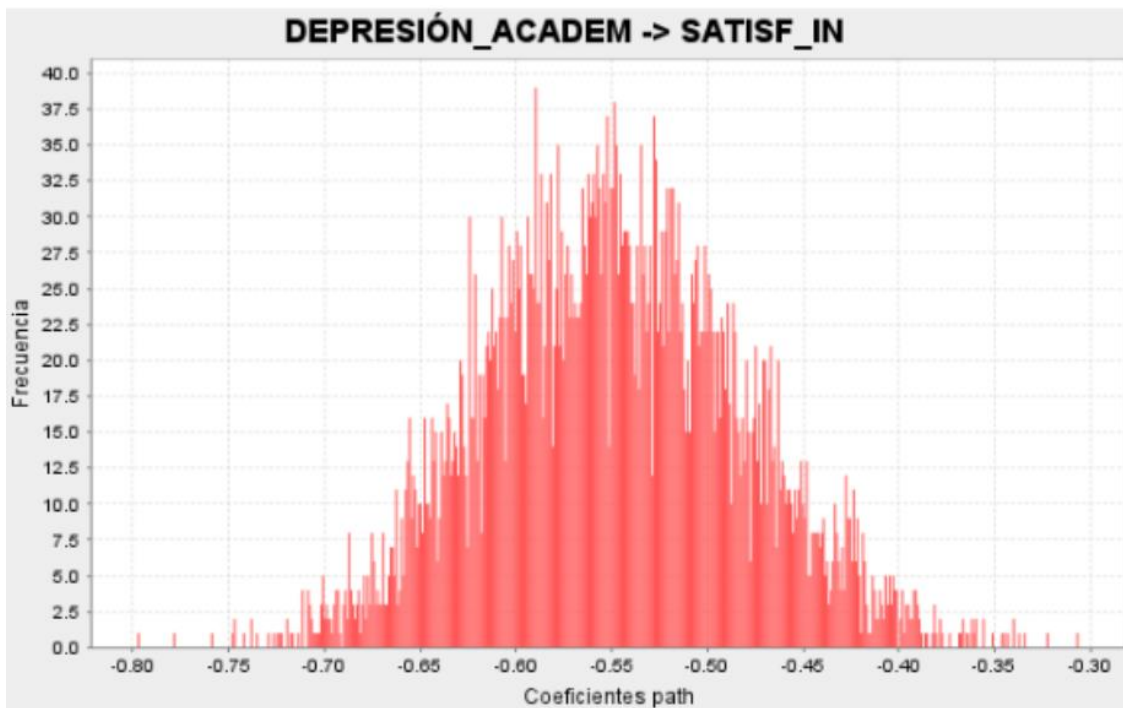
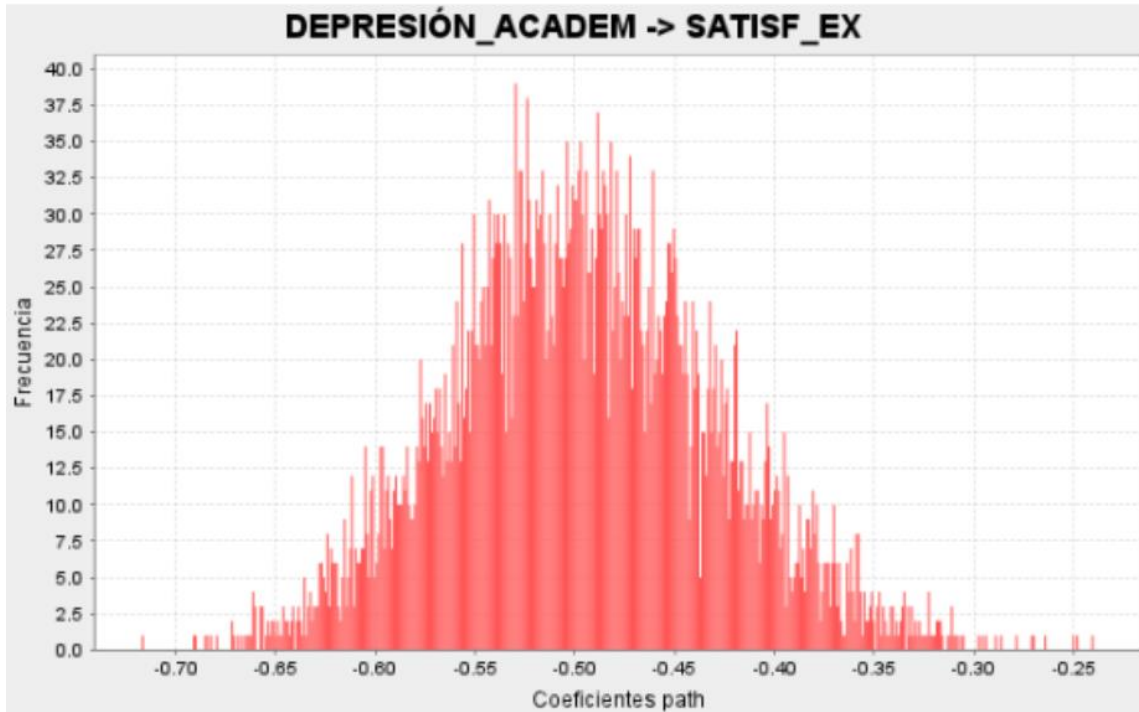
Elaboración propia, basado en SmartPLS.

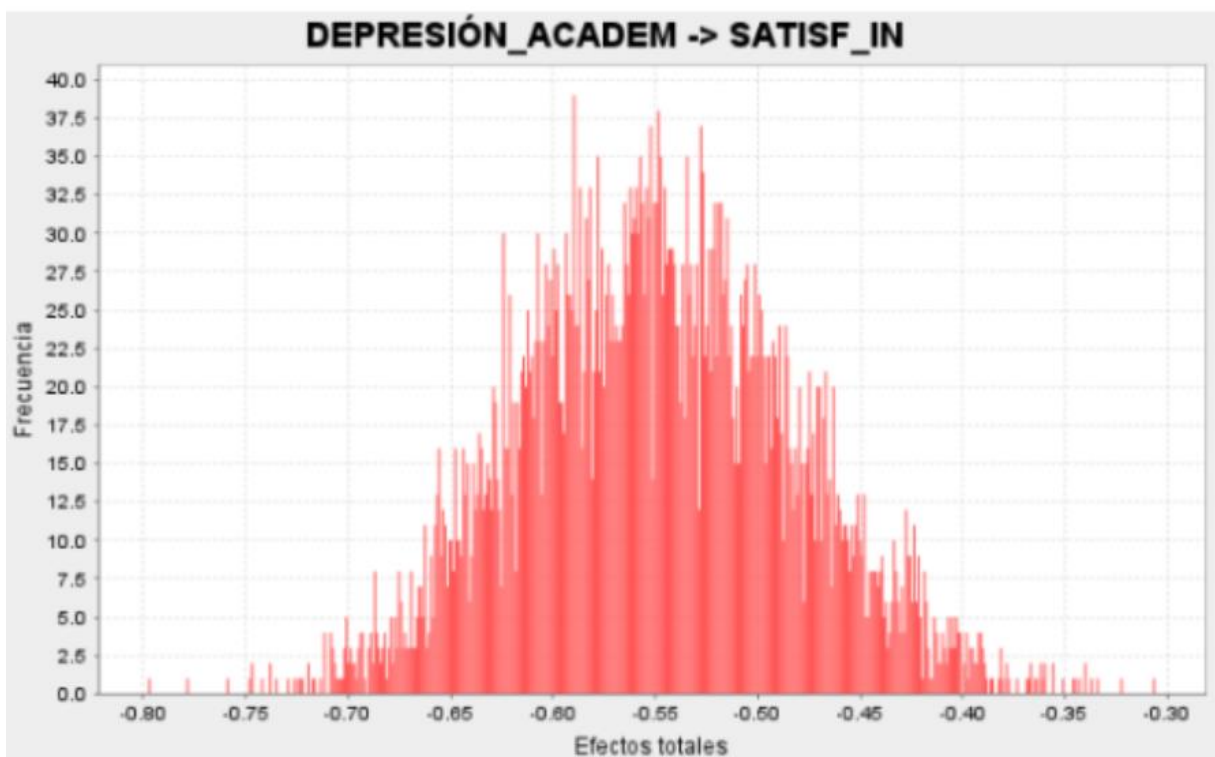
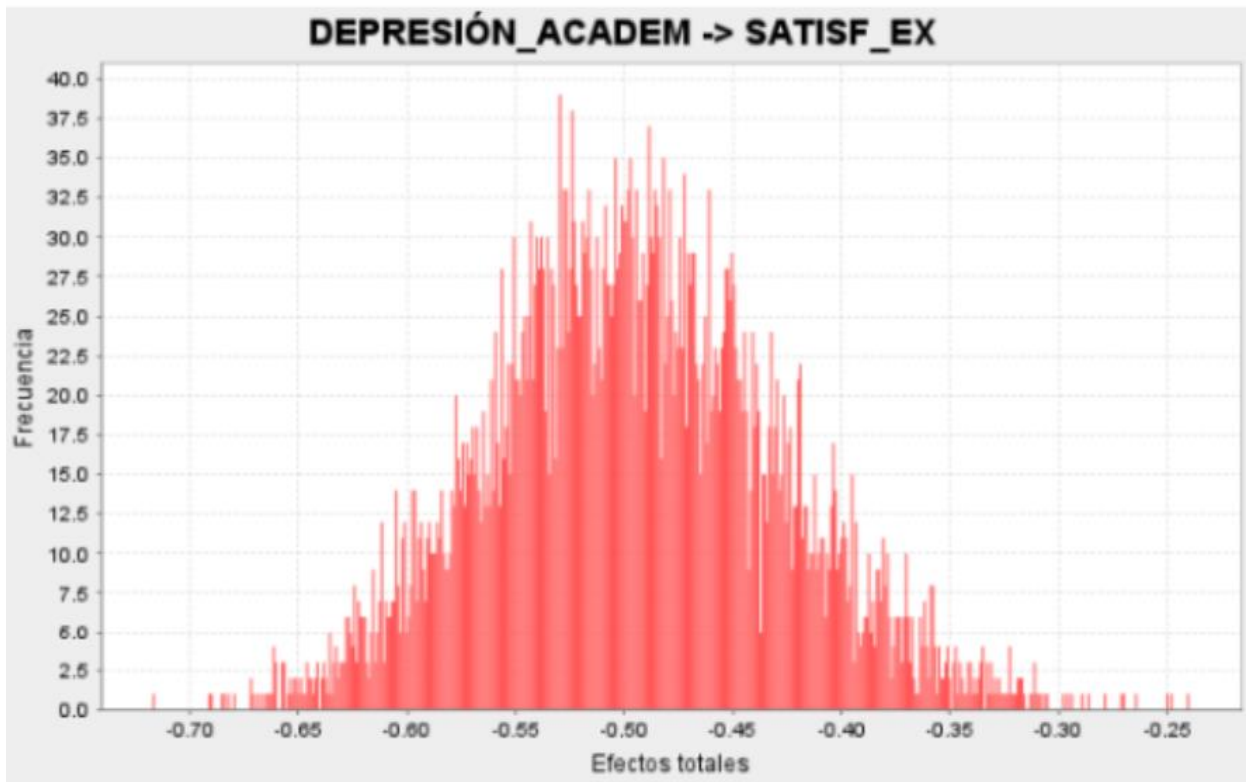
Una vez recabados las condiciones previas de fiabilidad y validez, podemos concluir que las medidas del modelo son confiables y pasar a la evaluación del modelo estructural para entonces validar o rechazar las hipótesis planteadas.

Evaluación

Los coeficientes Path nos indican la fuerza de las relaciones entre variables,

Coeficientes Path					
Media, desviación estándar, valores t, p valores					
	Muestra original	Media de la muestra (M)	Desviación estándar (STDEV)	Estadísticos t (O/STDEV)	P valores
Depresión académica → Satisfacción extrínseca	-485	-.496	0.067	7.290	.000
Depresión académica → Satisfacción intrínseca	-.536	-.549	0.067	8.035	.000
Intervalos De confianza					
	Muestra original	Media de la muestra (M)	5.0%	95.0%	
Depresión académica → Satisfacción extrínseca	-485	-.496	-.603	-.382	
Depresión académica → Satisfacción intrínseca	-.536	-.549	-.655	-.436	
Intervalos De confianza con sesgo corregido					
	Muestra original	Media de la muestra (M)	Sesgo	5.0%	95%
Depresión académica → Satisfacción extrínseca	-485	-.496	-.011	-.577	-.355
Depresión académica → Satisfacción intrínseca	-.536	-.549	-.014	-.629	-.408





Análisis de hipótesis

1. La depresión está relacionada con la satisfacción laboral intrínseca en el personal docente.
2. La depresión está relacionada con la satisfacción laboral extrínseca en el personal docente.

Ambas hipótesis tienen una relación directa.

Conclusiones

La satisfacción laboral pocas veces es considerada en el entorno de una organización como un factor de riesgo y, acorde a la investigación realizada actualmente, es una parte fundamental de la que se debe tomar conciencia, reconociendo que la parte esencial de la organización es el personal y si se promueve un entorno laboral saludable entonces los índices de depresión disminuirán lo que conllevará a una disminución en el ausentismo laboral y aumento en la productividad, entre otros.

Dentro de una organización la satisfacción de un trabajador es relevante pues estará reflejada en su productividad, su nivel de ausentismo y en la rotación laboral y esto al final se verá reflejado en los resultados y crecimiento de las organizaciones.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo se encuentran 5 grupos de riesgos psicosociales, mismos que han sido estudiados de manera extensiva evidenciando el efecto negativo que genera su presencia en la salud de los trabajadores, en particular, trastornos de depresión mayor, trastornos de ansiedad, alteraciones en la higiene del sueño, y estrés y que, a su vez, generan alteraciones en el desempeño, actitud, efectos en los tiempos de trabajo (rotación laboral, ausentismos) y aumento en costos; así mismo, en el caso particular de la docencia se ha identificado que los factores comunes son el estrés, el agotamiento y la insatisfacción laboral.

Si a lo anterior se le añade el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, los factores desencadenantes y agravantes de la prevalencia del trastorno de depresión mayor aumentan, de tal manera que su abordaje aportará una disminución en la prevalencia de este trastorno, por lo que aumentar y aportar a la seguridad de tu población tendrá un impacto sobre la calidad de vida y el estrés que maneje la población disminuyendo así trastornos desencadenantes como lo puede ser la ansiedad y la depresión.

La atención a los factores psicosociales se asocia con una vida laboral más saludable y una mayor calidad laboral y sustentan los conceptos de humanización y democratización del trabajo incluyendo alta participación y organización de aprendizaje, mismos que deberían caracterizar los regímenes de gestión laboral en todas las organizaciones.

La depresión es una afectación mental que la padecen aproximadamente 300 millones de personas en el mundo, antes de pandemia, y es considerada como una causa de discapacidad que promueve el ausentismo laboral, factores psicosociales son la principal causa de pérdida de salud en los docentes manifestándose en forma de estrés crónico.

El presente documento tuvo como objetivo conseguir evidencia de un vínculo particular entre los factores psicosociales y los efectos que tienen en el desempeño laboral en el personal docente a nivel superior, sentando las bases para replicar el método a otro tipo de organizaciones para obtener datos que les sirvan como principio en las mejoras particulares que se llevan a cabo internamente. Adicional a esto, existe la NOM 035, que se ha creado a manera de apoyar la detección de los factores de riesgo comunes en cada organización de tal forma que pueda servir como guía para desarrollar propuestas de mejora individualizadas en los entornos laborales.

Referencias

- AESST. (2003). *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.
- Becker, J.-M. R. (2015). How collinearity affects mixture regression results. *Marketing Letters*, 26(4), 643-659.
- Berenzon Gorn S, S. S.-M. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Panamericana Salud Pública*, 4.
- Bermúdez, V. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia. Relación, implicaciones y consecuencias en la educación privada. *Cuestiones Pedagógicas*, 26, 37-52. doi:<http://dx.doi.org/10.12795/CP.2017.i26.03>
- Bollen, K. (1987). Total direct, and indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*(17), 37-69.
- Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Caballero, K. (2002). El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección en la enseñanza. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 6(2), 3.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2019). *Ley General de Salud*. México: CDHCU. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Camara de Diputados, Secretaria General. (2019). *Ley General de Salud*. México. Recuperado el 04 de 03 de 2020, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Chaplain, R. P. (2008). Stress and psychological distress among trainee secondary teachers in England. *Educational Psychology*, 28(2), 195-209. doi:10.1080/01443410701491858
- Chou, P., Lin, W., Hung, C., Chang, C., Li, W., Tsuo-Hung, L., & Min-Wei, H. (2016). Perceived occupational stress is associated with decreased cortical activity of the prefrontal cortex: A multichannel near-infrared spectroscopy study. *Scientific Reports*, 6, 1-9. doi:10.1038/srep39089
- CIE-10. (2000). *Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid: Panamericana.
- CIEP. (05 de 04 de 2017). *Gasto en Salud Mental*. Obtenido de Centro de Investigación Económica y Presupuestaria: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-mental/>
- CNDH. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. México. Recuperado el 16 de 06 de 2019, de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/39-Objeticos-Desa-sust.pdf>
- CONAMED. (15 de 08 de 2017). Derecho Sanitario. *CONAMED*, 22(3). Recuperado el 07 de 2019
- del Carmen Lara-Muñoz, M. R.-G.-M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*. doi:<https://doi.org/10.1007/s11092-011-9140-4>

- DSM-5. (2013). *Disorders, American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental*. Estados Unidos: 5ta edición.
- F. W. Taylor. (1911). *Principles of Scientific Management*. Nueva York: Harper.
- Fayol, H. (1916). *Industrial and General Administration*. París: Dunod.
- Fernández-Puig, L. J. (2015). Evaluando la salud laboral de los docentes de centros concertados: el cuestionario de salud docente. *Journal of Work and Organizational Psychology*(31), 175-185. doi:doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.07.001>
- Forsman AK, N. F. (2011). Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study. *Scand J Public Health, 39*, 757-765.
- GenovevaAlvites-Huamaní, C. (12 de 2019). Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. *Universidad Alas Peruanas, 7*(3), 141. doi:10.20511
- Gibson, J., Ivancevich, J., & Donnelly, J. (1996). *Las organizaciones. Comportamiento, estructura, procesos*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Gilbert-Ouimet, M. T. (2014). Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. *Scand. J. Work Environ Health, 40*(2), 109-132. Obtenido de <https://doi.org/10.5271/sjweh.3390>
- Gomez, O., Sesma, S., & Becerril, V. (2011). *Sistemas de Salud en México*. México: Salud Pública en México.
- González, C. (2018). Estrés laboral en docentes de la primera infancia. *Corporación Universitaria Minuto de Dios*.
- Hair Joseph, F. R. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review, 31*(1), 2-24. doi:10.1108/EBR-11-2018-0203
- Hair, J. H. (2017). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Sage.
- Hair, J. R. (2011). PLS-SEM: indeed a silver bullet. *Journal of Marketing, 19*(2), 139-151.
- Henseler, J. D. (2014). Common beliefs and reality about partial least squares: comments on Rönkkö and Evermann. *Organizational Research Methods, 17*(2), 182-209.
- Herzberg, F. M. (1967). *The motivation to work*. Nueva York: Wiley.
- Hino, A. I. (2015). Buffering effects of job resources on the association of overtime work hours with psychological distress in Japanese white-collar workers. *Int Arch Occup Environ Health, 88*(5), 631-640. Recuperado el 06 de 2020

- Houston, D., Meyer, L. H., & Paewai, S. (2006). Academic staff workloads and job satisfaction: Expectations and values in academe. *Journal of Higher Education Policy and Management*, 28(1), 17-30.
- Imamura, K. K. (2016). Work Engagement as a Predictor of Onset of Major Depressive Episode (MDE) among workers, independent of psychological distress: a 3-year prospective cohort study. *PLoS ONE*, 11(2).
- INEGI. (2015). *Derechohabiencia*. México. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxwebv2/pxweb/es/Derechohabiencia/Derechohabiencia/Derechohabiencia_02.px/table
- INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares*. México.
- INEGI. (2017). *Estadística de Mortalidad*. México.
- Jiying, H., Hongbiao, Y., Junju, W., & Jing, Z. (9 de 10 de 2019). Job demands and resources as antecedents of university teachers' exhaustion, engagement and job satisfaction. *Educational Psychology*. doi:10.1080/01443410.2019.1674249
- Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *Journal of the world psychiatric (WPA)*. Obtenido de <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kienzle, K. S. (1999). The Relationship Between organizational climate and employee perceptions of involvement. *Group & Organization Management*, 479-503.
- Lara, M. (2007). Social Cost of Mental Disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican. *Salud Mental*, 5, 20.
- Lawler, E. P. (1967). The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations*, 20-28.
- Llorens, C. N. (2019). For better or for worse? Psychosocial work environment and direct participation practices. *Safety Science*, 116, 78-85. doi:10.1016/j.ssci.2019.02.028
- M. Weber. (1947). *The Theory of Social and Economic Organizations*. Nueva York: Free Press.
- Manzano Patiñoa, A. P. (2018). Metodología de investigación en educación médica. Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. *Investigación educación médica*, 7(25). doi:<https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.11.002>
- Mateos-Aparicio, G. (2011). Partial least squares (PLS) methods: origins, evolution, and application to social sciences. *Communications in Statistics – Theory and Methods*, 40(13), 2305-2317.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal Care, Gene Expression, and the Transmission of Individual Differences in Stress Reactivity Across Generations. *Annual Review of Neuroscience*. Obtenido de <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161>

- Ministerio de Salud . (2014). *Salud como Derecho Social*. Obtenido de Niveles de Atención Médica y Concepto de Redes de Atención:
<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnsYXNhbHVkY29tb2RlcmVjaG9zb2NpYWx8Z3g6MTdiZjk5ODAyMjg0MWRhYg>
- Mulaik, S. (2009). *Foundations of factor analysis*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC.
- Muñoz, A. P. (2010). Discapacidad: Contexto, Concepto y Modelos. . *International, Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. Recuperado el 05 de 12 de 2020, de OCDE: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. México. Recuperado el 05 de 2020, de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- OIT. (2020). *La organización del trabajo y los riesgos psicosociales*. Perú. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227402.pdf
- Okasaki, E. N. (2010). Association between working hours, work engagement, and work productivity in employees: A cross-sectional study of the Japanese Study of Health, Occupation and Psychosocial factors relates equity. *Journal of occupational health*, 00, 1-7. doi:10.1002/1348-9585.12023
- OMS. (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=6047E3D3BC53A6CE46104F67A8ACA3AD?sequence=1
- OMS. (2016). *Enfrentando Problemas Plus*. Recuperado el 20 de 01 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf?sequence=1>
- OMS. (2016). *Terapia Interpersonal de Grupo para depresión*. Recuperado el 20 de 01 de 2020, de Organización Mundial de la Salud:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (30 de 03 de 2017). *Depresión: hablemos*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud. Mental health of older adults*. Recuperado el 03 de 06 de 2020, de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (2017,
- OMS. (04 de 12 de 2019). *Depresión*. Recuperado el 15 de 01 de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (2014). *OPS México*. Recuperado el 20 de 05 de 2019, de Organización Mundial de la Salud: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387
- OPS. (2015). *Pensamiento Saludable, Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal*. Recuperado el 20 de 01 de 2020, de Organización Panamericana de la Salud: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28417/9789275318997_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). *La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género*.
- Organización Mundial de la Salud. (03 de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Principios del Sistema de Salud: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Ortiz, M. S.-P. (2018). Structural Equation modeling: A guide for Medical and Health sciences. *Terapia psicológica*, 36(1), 51-57. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082017000300047>
- Patlán, J. (2020). *Factores psicosociales, clasificación, identificación y consecuencias en la salud laboral*. México: IMSS sites. Recuperado el 08 de 06 de 2020, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/06-Factores-Consecuencias.pdf>
- Proyecto de Presupuestos Público Federal para la Función Salud. (2019). *Subdirección de Análisis Económico con Información*. Obtenido de Hacienda: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2020/docs/12/r12_ep.pdf
- Pujol-Cols, L., & Dabos, G. (2019). A validation of scales and examination of effects on job satisfaction. *Academia Revista Latinoamericana de Administración*, 33(1), 49-70. doi:10.1108
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2005). *Administración, octava edición*. México: Pearson.
- Robbins, S. P., Decenzo, D. A., & Mary, C. (2013). *Fundamentos de Administración, octava edición*. México: Pearson.
- Rodríguez, K. C. (2002). El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*. Obtenido de El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>

- Sánchez Trujillo, M. G., & García Vargas, M. D. (2017). Satisfacción Laboral en los Entornos de Trabajo. Una exploración cualitativa para su estudio. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/849/84953103007.pdf>
- Sarstedt, M. a. (2019). *A Concise Guide to Market Research: The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Springer.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. doi:10.1002/job.248
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. Recuperado el 10 de 01 de 2020, de Secretaría de Salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018*. Recuperado el 02 de 12 de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018*. México. Recuperado el 09 de 2019, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaria de Salud. (2019). *INSABI, brazo operativo del Sistema de Salud*. México. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/524100/INSABI.pdf>
- Secretaria, S. (02 de 2006). *Ley General de Salud*. Obtenido de Ley General de Salud: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- SEGOB. (23 de 10 de 2018). *Norma Oficial Mexicana 035 2018*. Recuperado el 05 de 11 de 2019, de Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Seguí-Gómez. María, E. A.-M. (2013). *Sistemas de Salud. Modelos*. México: Elsevier. Obtenido de Facmed: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.1.pdf>
- SHCP. (2019). *Proyecto de presupuesto de egresos de la federación 2020*. México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Obtenido de https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2020/docs/12/r12_ep.pdf
- SHCP. (2019). *Proyecto de presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2019-2020*. Obtenido de Secretaria de Hacienda y Crédito Público: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-24-19.pdf>
- Shmueli, G. (2010). To explain or to predict? *Statistical Science*, 25(3), 289-310.

- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 611-625. doi:10.1037/0022-0663.99.3.611
- Smith, K. (2014). Mental health: A world of depression. *Nature*. doi:10.1038/515180a
- Soria-Saucedo, R. L.-R. (07 de 2018). The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. *J Affect Disord*(234), 109-116. doi:doi: 10.1016/j.jad.2018.02.036
- STPS. (2019). *Guía Informativa NOM-035-STPS-2018*. Secretaría de Trabajo y Previsión Social, México. Recuperado el 10 de 02 de 2020, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/503381/NOM035_guia.pdf
- Tobar, F. (2017). *Sistema de Salud*. Argentina: DELS. Recuperado el 08 de 2020, de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>
- UNAM. (2004). *FCA en Línea*. Obtenido de Administración de los Recursos Humanos ¿Cómo funciona?: http://fcaenlinea.unam.mx/anexos/1422/1422_u1_act1_integ.pdf
- Unda, S. U. (2016). Elaboración de una escala para valorar los factores de riesgo psicosocial en el trabajo de profesores universitarios. *Journal of Work and Organizational Psychology*(32), 67-74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpto.2016.04.004>
- Unidas, C. d. (2000). *Los 8 Objetivos del Milenio*. Recuperado el 04 de 2019, de ONU: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/
- Unidas, N. (13 de 09 de 2000). *Asamblea General. Declaración del Milenio*. Recuperado el 04 de 2019, de ONU: <http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/Declaraci%C3%B3n%20del%20Milenio.pdf>

Anexos

Anexo 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más

alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 2

ESCALA GENERAL DE SATISFACCIÓN LABORAL

Permite analizar sobre cuáles son las causas que te provocan dicho estrés, facilitando la toma de decisiones en caso necesario.

Instrucciones:

De los siguientes aspectos que se relacionan con el puesto de trabajo, selecciona cómo te sientes respecto a cada uno, de acuerdo a la escala indicada. Al finalizar, suma la puntuación que elegiste para cada bloque de preguntas.



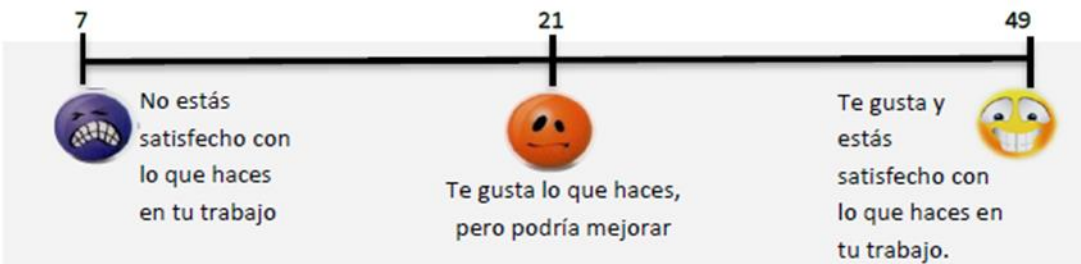
Libertad para elegir tu propio método de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho.	1	2	3	4	5	6	7
Responsabilidad que tienes asignada.	1	2	3	4	5	6	7
La posibilidad de utilizar tus capacidades.	1	2	3	4	5	6	7
Tus posibilidades de promocionar.	1	2	3	4	5	6	7
La atención que se presta a las sugerencias que haces.	1	2	3	4	5	6	7
La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
SATISFACCIÓN INTRÍNSECA	SUMA TOTAL						

Condiciones físicas de tu trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
Tus compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
Tu superior inmediato.	1	2	3	4	5	6	7
Tu salario.	1	2	3	4	5	6	7
Relación entre dirección y trabajadores en la empresa.	1	2	3	4	5	6	7
El modo en que la empresa está gestionada.	1	2	3	4	5	6	7
Tu horario de trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
Tu estabilidad en el empleo.	1	2	3	4	5	6	7
SATISFACCIÓN EXTRÍNSECA	SUMA TOTAL						

Resultados:

Satisfacción Intrínseca:

Es el grado de satisfacción que tienes con tu puesto de trabajo como: responsabilidad, contenido de las actividades o la promoción, entre otro. Revisa la suma total y ubica el grado donde te encuentras (puedes analizar internamente aquello que haz calificado más bajo para buscar mejorarlo).



Satisfacción Extrínseca:

Se refiere a grado de satisfacción con factores relacionados con el puesto de trabajo, como: la organización, el horario o la remuneración económica, entre otros. Revisa la suma total y ubica el grado donde te encuentras (puedes analizar internamente aquello que haz calificado más bajo para buscar mejorarlo).



Beneficios de un mayor nivel de satisfacción:

- ✓ Un mejor estado de ánimo general y actitudes más positivas, tanto en el ámbito laboral como en el personal.
- ✓ Una mejor salud tanto física como psíquica, menos riesgo de estrés y alteraciones psicósomáticas.
- ✓ Una menor tendencia al absentismo laboral o la falta de puntualidad.

*Adaptación realizada de la Escala General de Satisfacción de Warr, Cook y Wall publicada en 1979.

ANEXO 3

Encuesta para aplicar

Implementación de la NOM 035 enfocada a salud mental en las Instituciones de Educación Superior (IES)

Invitamos a participar a todo académico, docente o investigador de Instituciones de Educación Superior (IES), a contestar esta encuesta, es completamente anónima y tiene como fin, estudiarla relación que existe entre la depresión, satisfacción laboral y los factores de riesgo psicosociales relacionados, para una implementación adecuada de la Norma Oficial Mexicana 035.

Se entiende como factor psicosocial a aquellas interacciones entre el trabajo y su medio ambiente, lo cual a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud y rendimiento del trabajador. La NOM 035 se crea a modo de establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo.

Para llevar a cabo la investigación le solicitamos de la manera más atenta que responda a una serie de preguntas con las respuestas que mejor ajusten a su opinión. La información sólo será procesada estadísticamente para fines de investigación, no de diagnóstico individual. Esta información quedará almacenada en los servidores de Google. Puede ver su política de privacidad en <https://policies.google.com/privacy?hl=es>

1. Género*

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino

2. Universidad y/o posgrado de desarrollo laboral*

Marca solo un óvalo.

- Pública
- Privada

3. ¿Cuál?*

4. ¿En qué Facultad o entidad académica está adscrito?*

5. Tipo de nombramiento en docencia *

Marca solo un óvalo

- Tiempo completo (40 horas)
- Tiempo parcial (20 horas)
- Profesor (menos de 20 horas)

- Otro
6. Actualmente desempeñas tu trabajo en docencia de manera*
- Marca solo un óvalo
- Presencial
 - Virtual
7. ¿Sabes que es la NOM 035? *
- Marca solo un óvalo
- Si
 - No

Depresión

La depresión es una enfermedad común que afecta la manera de sentir, pensar y actuar de las personas, desencadenando una sensación de tristeza y pérdida del interés en actividades que antes disfrutabas.

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente y posteriormente elija aquel que describa el modo como se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. En caso de que varios enunciados de un mismo grupo le parezcan igualmente apropiados, marque la opción que tenga el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

8. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *
- Marca solo un óvalo
- 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - 2 Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
9. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *
- Marca solo un óvalo
- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
10. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *
- Marca solo un óvalo
- 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

11. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

12. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

13. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

14. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

15. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

16. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

17. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

18. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

19. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

20. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

21. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

22. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

23. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

24. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

25. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

26. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

27. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

28. En las últimas DOS semanas incluyendo el día de hoy *

Marca solo un óvalo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Satisfacción laboral

La satisfacción laboral es considerada como la percepción del trabajador que da como resultado un estado emocional en su trabajo

De los siguientes aspectos que se relacionan con el puesto de trabajo, selecciona cómo te sientes respecto a cada uno, de acuerdo a la escala indicada.

Escala

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Muy insatisfecho | 5. Moderadamente satisfecho |
| 2. Insatisfecho | 6. Satisfecho |
| 3. Moderadamente insatisfecho | 7. Muy satisfecho |
| 4. Ni satisfecho, ni insatisfecho | |

29. Libertad para elegir tu propio método de trabajo *

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

30. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

31. Responsabilidad que tienes asignada*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

32. La posibilidad de utilizar tus capacidades*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

33. Tus posibilidades de promocionar*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

34. La atención que se presta a las sugerencias que haces*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

35. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

36. Condiciones físicas de tu trabajo*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

37. Tus compañeros de trabajo*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

38. Tu superior inmediato*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

39. Tu salario*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

40. Relación entre dirección y trabajadores en la empresa*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

41. El modo en que la organización está gestionada*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

42. Tu horario de trabajo*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

43. Tu estabilidad en el empleo*

Marca solo un óvalo

- 1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 4

La NOM 035 tiene distintos campos de aplicaciones acorde a el número de trabajadores que integren la organización o empresa.

- d) Para centros de trabajo en los que laboren más de 50 trabajadores deberán cumplir con los numerales 5.1, del 5.3 al 5.8, 7.1, inciso b), del 7.2 al 7.9 y el Capítulo 8 de la presente Norma.

5. Obligaciones del patrón

5.1 Establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo una política de prevención de riesgos psicosociales que contemple:

- a) La prevención de los factores de riesgo psicosocial;
- b) La prevención de la violencia laboral, y
- c) La promoción de un entorno organizacional favorable.

5.3 Identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, de conformidad con lo señalado en los numerales 7.1, inciso b), 7.2 y 7.3, respectivamente, de la presente Norma, tratándose de centros de trabajo que tengan más de 50 trabajadores.

5.4 Adoptar las medidas para prevenir y controlar los factores de riesgo psicosocial, promover el entorno organizacional favorable, así como para atender las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral, con base en lo dispuesto por el Capítulo 8 de la presente Norma.

5.5 Identificar a los trabajadores que fueron sujetos a acontecimientos traumáticos severos durante o con motivo del trabajo y, canalizarlos para su atención a la institución de seguridad social o privada, o al médico del centro de trabajo o de la empresa.

5.6 Practicar exámenes médicos y evaluaciones psicológicas a los trabajadores expuestos a violencia laboral y/o a los factores de riesgo psicosocial, cuando existan signos o síntomas que denoten alguna alteración a su salud y el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, a que se refiere el numeral

7.1 y 7.2 de esta Norma, así lo sugiera y/o existan quejas de violencia laboral mediante los mecanismos a que alude el numeral 8.1, inciso b) de la presente Norma.

Los exámenes médicos y evaluaciones psicológicas podrán efectuarse a través de la institución de seguridad social o privada, médico, psiquiatra o psicólogo del centro de trabajo, según corresponda, y deberán efectuarse de conformidad con lo establecido por las normas oficiales mexicanas que al respecto emitan la Secretaría de Salud y/o la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y a falta de éstas, los que indique la institución de seguridad social o privada, o el médico del centro de trabajo, que le preste el servicio médico.

5.7 Difundir y proporcionar información a los trabajadores sobre:

- a) La política de prevención de riesgos psicosociales;
- b) Las medidas adoptadas para combatir las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y los actos de violencia laboral;
- c) Las medidas y acciones de prevención y, en su caso, las acciones de control de los factores de riesgo psicosocial;
- d) Los mecanismos para presentar quejas por prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y para denunciar actos de violencia laboral;
- e) Los resultados de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial para los centros de trabajo que tengan entre 16 y 50 trabajadores, y de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional tratándose de centros de trabajo de más de 50 trabajadores, y
- f) Las posibles alteraciones a la salud por la exposición a los factores de riesgo psicosocial.

5.8 Llevar los registros sobre:

- a) Los resultados de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y, además, tratándose de centros de trabajo de más de 50 trabajadores, de las evaluaciones del entorno organizacional;

- b) Las medidas de control adoptadas cuando el resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y evaluación del entorno organizacional lo señale, y
- c) Los nombres de los trabajadores a los que se les practicaron los exámenes o evaluaciones clínicas y que se comprobó la exposición a factores de riesgo psicosocial, a actos de violencia laboral o acontecimientos traumáticos severos.

7. Identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial, y evaluación del entorno organizacional

7.1 La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional deberán realizarse de conformidad con lo siguiente:

- b) Los centros de trabajo que tengan más de 50 trabajadores, deberán realizar la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional, éstas se podrán realizar con una muestra representativa conforme a lo señalado en la Guía de referencia III, en el numeral III.

7.2 La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial deberá contemplar lo siguiente:

- a) Las condiciones en el ambiente de trabajo. Se refieren a condiciones peligrosas e inseguras o deficientes e insalubres; es decir, a las condiciones del lugar de trabajo, que bajo ciertas circunstancias exigen del trabajador un esfuerzo adicional de adaptación;
- b) Las cargas de trabajo. Se refieren a las exigencias que el trabajo impone al trabajador y que exceden su capacidad, pueden ser de diversa naturaleza, como cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, así como cargas contradictorias o inconsistentes;
- c) La falta de control sobre el trabajo. El control sobre el trabajo es la posibilidad que tiene el trabajador para influir y tomar decisiones en la realización de sus actividades. La iniciativa y autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación y manejo del cambio, así como la capacitación son aspectos que dan al trabajador la posibilidad de influir sobre su trabajo. Estos

elementos, cuando son inexistentes o escasos, se convierten en un factor de riesgo.

La falta de control se denomina como la escasa o inexistente posibilidad que tiene el trabajador para influir y tomar decisiones sobre los diversos aspectos que intervienen en la realización de sus actividades. Contrario a esto, la iniciativa y autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación y el manejo del cambio y la capacitación son elementos que dan al trabajador la posibilidad de influir sobre su trabajo.

Este factor de riesgo sólo aplica en aquellos procesos y/o actividades en los que se requiere toma de decisiones y el trabajador cuenta con conocimientos y experiencia necesaria para tal efecto;

d) Las jornadas de trabajo y rotación de turnos que exceden lo establecido en la Ley Federal del Trabajo. Representan una exigencia de tiempo laboral que se hace al trabajador en términos de la duración y el horario de la jornada, se convierte en factor de riesgo psicosocial cuando se trabaja con extensas jornadas, con frecuente rotación de turnos o turnos nocturnos, sin pausas y descansos periódicos claramente establecidos y ni medidas de prevención y protección del trabajador para detectar afectación de su salud, de manera temprana;

e) Interferencia en la relación trabajo-familia. Surge cuando existe conflicto entre las actividades familiares o personales y las responsabilidades laborales; es decir, cuando de manera constante se tienen que atender responsabilidades laborales durante el tiempo dedicado a la vida familiar y personal, o se tiene que laborar fuera del horario de trabajo;

f) Liderazgo negativo y relaciones negativas en el trabajo:

1) El liderazgo negativo en el trabajo hace referencia al tipo de relación que se establece entre el patrón o, sus representantes y los trabajadores, cuyas características influyen en la forma de trabajar y en las relaciones de un área de trabajo y que está directamente relacionado con la actitud

agresiva y/o impositiva; falta de claridad de las funciones en las actividades, y escaso o nulo reconocimiento y retroalimentación del desempeño, y

2) El concepto de relaciones negativas en el trabajo se refiere a la interacción que se establece en el contexto laboral y abarca aspectos como la imposibilidad de interactuar con los compañeros de trabajo para la solución de problemas relacionados con el trabajo, y características desfavorables de estas interacciones en aspectos funcionales como deficiente o nulo trabajo en equipo y apoyo social, y

g) La violencia laboral, de conformidad con lo siguiente:

1) Acoso, acoso psicológico: Aquellos actos que dañan la estabilidad psicológica, la personalidad, la dignidad o integridad del trabajador. Consiste en acciones de intimidación sistemática y persistente, tales como: descrédito, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan al trabajador a la depresión, al aislamiento, a la pérdida de su autoestima. Para efectos de esta Norma no se considera el acoso sexual;

2) Hostigamiento: El ejercicio de poder en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en el ámbito laboral, que se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, y

3) Malos tratos: Aquellos actos consistentes en insultos, burlas, humillaciones y/o ridiculizaciones del trabajador, realizados de manera continua y persistente (más de una vez y/o en diferentes ocasiones).

7.3 La evaluación del entorno organizacional favorable deberá comprender:

- a) El sentido de pertenencia de los trabajadores a la empresa;
- b) La formación para la adecuada realización de las tareas encomendadas;
- c) La definición precisa de responsabilidades para los trabajadores;
- d) La participación proactiva y comunicación entre el patrón, sus representantes y los trabajadores;

- e) La distribución adecuada de cargas de trabajo, con jornadas laborales regulares, y
- f) La evaluación y el reconocimiento del desempeño.

7.4 Los centros de trabajo podrán utilizar para identificar y analizar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, cualquier método que contemple lo siguiente:

- a) La aplicación de cuestionarios que cumplan con lo dispuesto por los numerales 7.2 y/o 7.3, según corresponda, y 7.5 de la presente Norma;
- b) La forma como se deberá realizar la aplicación de los cuestionarios;
- c) La manera de evaluar los cuestionarios, y
- d) Los niveles de riesgo y la forma de determinarlos conforme a los resultados de los cuestionarios.

7.5 Los cuestionarios que desarrolle el centro de trabajo para la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional, en caso de no utilizar los establecidos en las, deberán estar validados conforme a lo siguiente:

- a) La validación deberá realizarse en trabajadores cuyos centros de trabajo se ubiquen en el territorio nacional;
- b) El número de individuos que se utilizó para realizar la validación deberá ser mayor o igual a 10 veces por cada reactivo contemplado inicialmente;
- c) Tener medidas de consistencia interna con los coeficientes siguientes:
 - 1. De confiabilidad (alfa de Cronbach) superiores a 0.7, y
 - 2. De correlación (Pearson o Spearman), con r mayor a 0.5, y significancia menor o igual a 0.05;
- d) Tener validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio cumpliendo con medidas e índices de ajuste siguientes:
 - 1. De ajuste absoluto con los índices:
 - I.- Índice de Bondad de Ajuste, GFI (Goodness of Fit Index), mayor a 0.90;
 - II.- Residuo cuadrático medio, RMSR (Root Mean Square Residual), cercana a 0 y máximo 0.08, o

III.- Error de aproximación cuadrático medio, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), menor a 0.08;

2. De ajuste incremental o relativo con el índice de ajuste normado, NFI (Normed Fit Index), mayor a 0.90, y

3. De parsimonia con el índice Ji cuadrada normada: X^2/df menor o igual a 5, y

e) Se apliquen en población trabajadora de características semejantes a la población trabajadora en que se validó.

7.6 La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional deberá integrarse al diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo a que se refiere la NOM-030-STPS-2009, vigente o las que la sustituyan.

7.7 El resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional deberá constar en un informe que contenga lo siguiente:

- a) Datos del centro de trabajo verificado:
 - 1) Nombre, denominación o razón social;
 - 2) Domicilio;
 - 3) Actividad principal;
- b) Objetivo;
- c) Principales actividades realizadas en el centro de trabajo;
- d) Método utilizado conforme al numeral 7.4, de la presente Norma;
- e) Resultados obtenidos de acuerdo con el numeral 7.4, inciso d) de esta Norma,
- f) Conclusiones;
- g) Recomendaciones y acciones de intervención, en su caso, y
- h) Datos del responsable de la evaluación;
 - 1) Nombre completo, y
 - 2) Número de cédula profesional, en su caso.

7.8 El resultado de la identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional deberá estar disponible para consulta de los trabajadores.

7.9 La identificación y análisis de los factores de riesgo psicosocial y la evaluación del entorno organizacional deberá realizarse, al menos, cada dos años.

8. Medidas de prevención y acciones de control de los factores de riesgo psicosocial, de la violencia laboral, y promoción del entorno organizacional favorable

8.1 Para la prevención de los factores de riesgo psicosocial y la violencia laboral, así como para la promoción del entorno organizacional favorable, los centros de trabajo deberán:

- a) Establecer acciones para la prevención de los factores de riesgo psicosocial que impulsen: el apoyo social, la difusión de la información y la capacitación;
- b) Disponer de mecanismos seguros y confidenciales para la recepción de quejas por prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y para denunciar actos de violencia laboral, y
- c) Realizar acciones que promuevan el sentido de pertenencia de los trabajadores a la organización; la capacitación para la adecuada realización de las tareas encomendadas; la definición precisa de responsabilidades para los miembros de la organización; la participación proactiva y comunicación entre sus integrantes; la distribución adecuada de cargas de trabajo, con jornadas laborales regulares conforme a la Ley Federal del Trabajo, y la evaluación y el reconocimiento del desempeño.

8.2 Las acciones y programas para la prevención de los factores de riesgo psicosocial, la promoción de un entorno organizacional favorable y la prevención de la violencia laboral, referidas en el numeral anterior, deberán considerar lo siguiente:

- a) En relación con el liderazgo y las relaciones en el trabajo deberán incluir:
 - 1) Acciones para el manejo de conflictos en el trabajo, la distribución de los tiempos de trabajo, y la determinación de prioridades en el trabajo;
 - 2) Lineamientos para prohibir la discriminación y fomentar la equidad y el respeto;
 - 3) Mecanismos para fomentar la comunicación entre supervisores o gerentes y trabajadores, así como entre los trabajadores;

- 4) Establecer y difundir instrucciones claras a los trabajadores para la atención de los problemas que impiden o limitan el desarrollo de su trabajo, cuando éstos se presenten, y
 - 5) Capacitación y sensibilización de los directivos, gerentes y supervisores para la prevención de los factores de riesgo psicosocial y la promoción de entornos organizacionales favorables, con énfasis en lo señalado en los subincisos 1) al 3) de este inciso, según aplique;
- b) Respecto a las cargas de trabajo deberán contener:
- 1) Revisión y supervisión que la distribución de la carga de trabajo se realice de forma equitativa y considerando el número de trabajadores, actividades a desarrollar, alcance de la actividad y su capacitación;
 - 2) Actividades para planificar el trabajo, considerando el proceso productivo, de manera que se tengan las pausas o periodos necesarios de descanso, rotación de tareas y otras medidas necesarias para evitar ritmos de trabajo acelerados, y
 - 3) Instructivos o procedimientos que definan claramente las tareas y responsabilidades;
- c) En lo que se refiere al control de trabajo deberán comprender:
- 1) Actividades para involucrar a los trabajadores en la toma de decisiones sobre la organización de su trabajo; para que participen en la mejora de las condiciones de trabajo y la productividad siempre que el proceso productivo lo permita y cuenten con la experiencia y capacitación para ello;
 - 2) Acciones para acordar y mejorar el margen de libertad y control sobre su trabajo por parte de los trabajadores y el patrón, y para impulsar que éstos desarrollen nuevas competencias o habilidades, considerando las limitaciones del proceso productivo, y
 - 3) Reuniones para abordar las áreas de oportunidad de mejora, a efecto de atender los problemas en el lugar de su trabajo y determinar sus soluciones;
- d) En lo relativo al apoyo social deberán incluir actividades que permitan:
- 1) Establecer relaciones entre trabajadores, supervisores, gerentes y patrones para que puedan obtener apoyo los unos de los otros;

- 2) Realizar reuniones periódicas (semestrales o anuales) de seguimiento a las actividades establecidas para el apoyo social y, en su caso, extraordinarias si ocurren eventos que pongan en riesgo la salud del trabajador o al centro de trabajo;
 - 3) Promover la ayuda mutua y el intercambio de conocimientos y experiencias entre los trabajadores, y
 - 4) Contribuir al fomento de las actividades culturales y del deporte entre sus trabajadores y proporcionarles los equipos y útiles indispensables;
- e) En relación con el equilibrio en la relación trabajo-familia, contemplar:
- 1) Acciones para involucrar a los trabajadores en la definición de los horarios de trabajo cuando las condiciones del trabajo lo permitan;
 - 2) Lineamientos para establecer medidas y límites que eviten las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo;
 - 3) Apoyos a los trabajadores, de manera que puedan atender emergencias familiares, mismas que el trabajador tendrá que comprobar, y
 - 4) Promoción de actividades de integración familiar en el trabajo, previo acuerdo con los trabajadores;
- f) Respecto al reconocimiento en el trabajo deberán contar con mecanismos que permitan:
- 1) Reconocer el desempeño sobresaliente (superior al esperado) de los trabajadores;
 - 2) Difundir los logros de los trabajadores sobresalientes, y
 - 3) En su caso, expresar al trabajador sus posibilidades de desarrollo;
- g) En lo que se refiere a la prevención de la violencia laboral se deberá:
- 1) Difundir información para sensibilizar sobre la violencia laboral, tanto a trabajadores como a directivos, gerentes y supervisores;
 - 2) Establecer procedimientos de actuación y seguimiento para tratar problemas relacionados con la violencia laboral, y capacitar al responsable de su implementación, y
 - 3) Informar sobre la forma en que se deben denunciar actos de violencia laboral;

- h) En relación con la información y comunicación que se proporciona a los trabajadores se deberá promover que:
- 1) El patrón, supervisor o jefe inmediato se comuniquen de forma directa y con frecuencia con los trabajadores sobre cualquier problema que impida o retrase el desarrollo del trabajo;
 - 2) Los cambios en la organización o en las condiciones de trabajo se difundan entre los trabajadores, y
 - 3) Los trabajadores puedan expresar sus opiniones sobre la solución de los problemas o la mejora de las condiciones de su trabajo que permitan mejorar su desempeño, e
- i) Respecto a la capacitación y adiestramiento que se proporciona a los trabajadores se deberá cumplir con:
- 1) Analizar la relación capacitación-tareas encomendadas;
 - 2) Dar oportunidad a los trabajadores para señalar sus necesidades de capacitación conforme a sus actividades, y
 - 3) Realizar una detección de necesidades de capacitación al menos cada dos años e integrar su resultado en el programa de capacitación.

8.3 Los centros de trabajo cuyo resultado de las evaluaciones a que se refieren los numerales 7.1 al 7.4, conforme a los criterios establecidos en el método aplicado, determinen la necesidad de desarrollar acciones de control, éstas se deberán implementar a través de un Programa que cumpla con lo previsto por el numeral 8.4 de la presente Norma.

8.4 El Programa para la atención de los factores de riesgo psicosocial, y en su caso, para propiciar un entorno organizacional favorable y prevenir actos de violencia laboral deberá contener:

- a) Las áreas de trabajo y/o los trabajadores sujetos al programa;
- b) El tipo de acciones y las medidas de control que deberán adoptarse;
- c) Las fechas programadas para su realización;
- d) El control de los avances de la implementación del programa;
- e) La evaluación posterior a la aplicación de las medidas de control, en su caso, y

f) El responsable de su ejecución.

8.5 El tipo de acciones deberán realizarse, según aplique, en los niveles siguientes:

- a) Primer nivel: Las acciones se centran en el plano organizacional e implican actuar sobre la política de prevención de riesgos psicosociales del centro de trabajo, la organización del trabajo, las acciones o medios para: disminuir los efectos de los factores de riesgo psicosocial, prevenir la violencia laboral y propiciar el entorno organizacional favorable.
- b) Segundo nivel: Las acciones se orientan al plano grupal e implica actuar en la interrelación de los trabajadores o grupos de ellos y la organización del trabajo; su actuación se centra en el tiempo de trabajo, el comportamiento y las interacciones personales, se basan en proporcionar información al trabajador, así como en la sensibilización, (contempla temas como: manejo de conflictos, trabajo en equipo, orientación a resultados, liderazgo, comunicación asertiva, administración del tiempo de trabajo, entre otros), y reforzar el apoyo social, y/o
- c) Tercer nivel: Las acciones se enfocan al plano individual; es decir, se desarrolla cuando se comprueba que existen signos y/o síntomas que denotan alteraciones en la salud, se incluyen intervenciones de tipo clínico o terapéutico.

Las intervenciones de tercer nivel que sean de tipo clínico o terapéutico deberán ser realizadas invariablemente por un médico, psicólogo o psiquiatra según corresponda.